

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. Karl Burger

Die Endometriosefälle

der Würzburger Universitäts-Frauenklinik

1935 - 1955

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Nüßlein

aus Sommerach

Würzburg 1958

STANFORD-LANE MEDICAL LIBRARY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153517_0243

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg

Direktor: Prof. Dr. Karl B u r g e r

Die Endometriosefälle

der Würzburger Universitäts-Frauenklinik

1935 - 1955

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Hans Nüßlein

aus Sommerach

Würzburg 1958

Referent: Prof. Dr. Karl Burger

Tag der Promotion: 22.10.58

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

I. Einleitung

Obwohl die Endometriose bereits seit 60 Jahren bekannt ist, konnte die Ätiologie dieses Krankheitsbildes doch erst vor noch nicht allzu langer Zeit geklärt werden. Da die klinische Diagnosestellung oft sehr schwierig ist, außerdem eine Zunahme der Endometriose in den letzten Jahren von mehreren Autoren verzeichnet wird und sie durch ihre enge Beziehung zur Sterilität auch ein zunehmendes soziales Problem darstellt, wird dieser Krankheit auch heute noch ein großes Interesse entgegengebracht, das zudem durch die verschiedenen Therapiemöglichkeiten bedingt ist. Als Beitrag zu diesem Thema habe ich auf Anregung von Herrn Professor Burger die Endometriosefälle an der Würzburger Universitätsfrauenklinik aus den Jahren 1935 - 1955 zusammengestellt.

II. Theorien der Genese und Einteilung der Endometriose

Als erster beschrieb im Jahre 1889 L ö h l e i n die Endometriose. V. R e c k l i n g h a u s e n nahm an, daß die Drüseneinschlüsse der meisten Uterusadenomyome sowie aller Tubenwinkeladenomyome Abkömmlinge der Urniere seien, da eine weitgehende Übereinstimmung der Anordnung und Struktur der Drüsen-schläuche der Adenomyome mit dem Bauverhältnis der drüsigen Ge-stalten des Wolff'schen Körpers besteht. Eine Endometriose der Ovarien wurde erstmalig 1899 von R u s s e l gesehen. Er be-schrieb Absprengsel des Müller'schen Ganges im Ovar und davon aus-gehende Blutcysten. Eine erschöpfende Darstellung wurde 1905 von P i c k gegeben, der sich auch der Theorie von v. R e c k l i n g - h a u s e n anschloß. Die Endometriositis retrocervikalis wurde zuerst 1897 von P f a n n e n s t i e l beschrieben, I w a n o f f bezog als erster die drüsigen Bestandteile der retrocervikalen Wucherungen auf Serosaabschnürungen. Von R. M e y e r wurde die Coelomepitheltheorie über die Ent-stehung intraperitonealer endometrioider Wucherungen aufgestellt. Er nahm an, daß sich aus undifferenzierten, mit den embryonalen Entwicklungspotenzen des Coelomepithels ausgestatteten Serosazell-elementen eine Endometriose entwickeln kann. 1922 wurde von S a m p s o n der Coelomepitheltheorie M e y e r ' s die Verschleppungstheorie gegenübergestellt. Sie erklärt die Entstehung

der Endometriose durch Verschleppung lebens- und implantationsfähigen Endometriums rückläufig durch die offenen Tuben in die Bauchhöhle oder auf dem Blut- und Lymphwege an Stellen außerhalb der Bauchhöhle. Als Beweis werden angeführt: Kombinationen der Endometriosis externa mit Veränderungen des Uterus, die zu Rückstauung und Rückfluß des Menstrualblutes führen; am häufigsten sind die der abdominalen Tubenöffnung benachbarten Teile befallen. Es wird angenommen, daß die Implantation im übrigen Bauchraum sekundär aus geplatzten Teercysten herrührt. Durch P h i l i p p und H u b e r wurde die Sampson'sche Theorie insofern erweitert, als sie nachwiesen, daß Corpusendometrium viel häufiger, als bis dahin angenommen, in der Tube vorkommt und die zyklischen Veränderungen der Gebärmutter Schleimhaut zeigt. Dabei fand sich fast stets eine Einwucherung in den interstitiellen und ein Offensein des ampullären Tubenabschnittes. Dieses tubare Endometrium ist meistens der Ausgangspunkt, denn es kann durch die offenen Ampullen in die Bauchhöhle gelangen und sich dort implantieren. Die Implantationsfähigkeit des Endometriums wurde von H. H. S c h m i d und L e w i n bestätigt, die nach Total-exstirpation Endometrium in die Scheide verpflanzten, um den Frauen die Regel zu erhalten, ferner von S c o t t und T e L i n d e, die experimentell bei Affinnen durch Ableiten des Menstrualblutes in die Bauchhöhle eine Endometriose erzeugen konnten. J. E. H o b b s und A. R. B o r t n i c k fanden bei experimentellen Untersuchungen an Kaninchen, daß Endometrium über Venen in die Lungen gelangen, dort lebensfähig bleiben und in das Parenchym eindringen kann. Wenn das Versuchstier gravid wird, kann eine deziduale Umwandlung eintreten. Bei Ratten haben die Autoren Endometrium herausgekratzt und in einer NaCl-Aufschwemmung wieder i.v. gespritzt. Bei späterer Obduktion zeigten sich die Bröckel in der Lunge angeheilt und weitergewachsen.

Die extraperitoneale Endometriose entsteht durch Verschleppung von lebensfähiger Corpusschleimhaut, unter Umständen auf dem Gefäßweg, wobei es durch eine Usur der Gefäßwand zum Einwuchern von Endometrium in Blut- und Lymphgefäße kommt, was in einzelnen Fällen histologisch nachgewiesen werden konnte. So fand G r i c o m o f f im Myometrium endometrioides Gewebe in einer Lymphspalte, wobei Artefakt ausgeschlossen werden konnte.

Mehrere eindrucksvolle Fälle von Endometriosis externa wurden in der Literatur beschrieben. N a v r a t i l berichtet über Armendometriose bei gleichzeitiger Adenomyosis uteri interna, wobei er Metastasierung auf dem Blutweg annimmt. S. F i s c h e r berichtet über eine Frau, bei der Lähmungen an Armen und Beinen auftraten. Röntgenologisch wurde ein knochen- und bandscheibenzerstörender Prozeß der Lendenwirbel 1 - 4 festgestellt. Bei der Operation wurde bröckeliges, schokoladefarbenes Material entfernt, das sich histologisch als Gebärmutterschleimhaut erwies.

C. V o s s beschreibt einen Fall von Endometriose der Pleura. Wegen Hämatothorax wurde bei der Patientin eine Thorakotomie ausgeführt. So konnte histologisch die Diagnose Endometriose gestellt werden. Der Autor erklärt das Befallensein der Pleura durch Meta- oder Heteroplasie der entwicklungsgeschichtlich aus der Coelomhöhle hervorgegangenen Pleura.

Die heute gültige Einteilung unterscheidet zwischen Endometriosis interna und Endometriosis externa. Die Endometriosis interna umfaßt alle innerhalb von Uterus und Tube vorkommenden Tiefenwucherungen, die im Zusammenhang mit Endometrium des Corpus uteri oder ektopem Endometrium der Tube stehen. Die Endometriosis externa umschließt alle außerhalb von Uterus und Tube vorkommenden endometrioiden Bildungen. Sie wird wiederum unterteilt in intraperitoneale Endometriosis externa und extraperitoneale Endometriosis externa. Die Lokalisationen der intraperitonealen Endometriosis externa sind die Ovarien, die peritoneale Oberfläche von Uterus und Tuben, die Ligamente des Uterus und Serosa und Wand der im Hypogastrium gelegenen Hohlorgane. Die extraperitoneale Endometriosis externa findet sich in Beckenbindegewebe, Portio, Vagina, Vulva, Perineum, Laparotomienarben unterhalb des Nabels, Nabel und Bauchdecken, Leistengegend, Lymphdrüsen, Extremitäten. Lunge, Niere und Blase.

Pathologisch-anatomisch nimmt die Endometriose eine Sonderstellung ein, da es sich weder um entzündliche noch um blastomatische Bildungen handelt. Der Unterschied gegenüber den Adenomen besteht darin, daß nicht nur ein epithelialdrüsiges Tiefenwachstum vorhanden ist, sondern auch das Stroma bei der Wucherung einen integrierenden, mit dem Epithel gleichrangigen Gewebsbestandteil bildet. Ein weiteres Charakteristikum der Endometriose ist ihre

Abhängigkeit von den Keimdrüsen. Sie tritt nur während der Geschlechtsreife auf und bildet sich nach der Menopause zurück.

III. Material der Universitätsfrauenklinik Würzburg 1935 - 1955

In der Universitätsfrauenklinik Würzburg wurde in den Jahren 1935 - 1955 bei 216 Frauen die Diagnose Endometriose gestellt. 177 Frauen wurden operativ behandelt, 24 konservativ, 15 verließen die Klinik, bzw. wurden verlegt.

In Tabelle I ist das gesamte Material in die verschiedenen Lokalisationen aufgegliedert.

Tabelle I

Lokalisation der Endometriose	Zahl der Fälle
I. Endometriosis interna	
a.) Adenomyosis uteri interna	72
b.) Tubenendometriose	4
II. Endometriosis externa	
1. Endometriosis externa intraperitonealis	
a.) Endometrios der Ovarien	97
b.) Im Bereich der peritonealen Oberfläche des Uterus und der Tuben	16
c.) An den Ligg. des Uterus	1
2. Endometriosis externa extraperitonealis	
a.) Im Beckenbindegewebe, an der Portio, in der Vagina, an der Vulva und am Perineum	11
b.) In Laparotomienarben unterhalb des Nabels	8
Verdachtsfälle	23

Bei 16 Patientinnen fanden sich mehrere Formen der Endometriose nebeneinander. Sie wurden in der Tabelle I in die einzelnen Lokalisationen aufgeteilt.

Insgesamt ergeben sich also:

1.) Endometriosis interna	69
2.) Endometriosis externa	109
3.) Endometriosis externa et interna	15
4.) Verdachtsfälle	23

Im Folgenden seien kurze Auszüge aus den Krankenblättern angeführt. Zuerst werden die operierten und anschließend die konservativ behandelten Fälle aufgeführt.

- 1.) 1935/292 kons. B. S. 41 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 8 Tage. Seit 8 Tagen Fieber; während der Periode Schmerzen, die in die Oberschenkel ausstrahlen.

Gyn. Befund: Uterus derb, anteflektiert, klein. Rechts hinter dem Uterus cystischer, druckempfindlicher, knapp faustgroßer Tumor.

Hb 88 %, Leuko 10800, BKS 110, T 37,8.

Operation: Salpingoophorectomia dextra. Stichelung des linken, cystisch degenerierten Ovars. Appendektomie.

Histologisch: Schokoladencyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 2.) 1935/366 kons. A. S. 36 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1921 Appendektomie. Ziehen im Leib und Kreuz, besonders beim Liegen auf dem Rücken. Starke Schmerzen während der Menses; dann vergrößert sich auch der Knoten in der Narbe und ist sehr schmerzhaft.

Gyn. Befund: Am Corpus uteri links vorne kirschgroßes Knötchen. Derber Knoten in der Narbe.

Hb 78 %, Leuko 7400, BKS 3, T 37,1.

Operation: Abtragung des Tumors.

Histologisch: Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 3.) 1936/411 op. E. A. 32 Jahre I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1930 und 1932 wegen Endometriose in der Klinik behandelt. 1930 temporäre Rö-kastration. Seit 10 Tagen Dauerblutung.

Gyn. Befund: In der Scheide mehrere haselnußgroße Knoten. Uterus vergrößert, derb, anteflektiert, mäßig beweglich. Beide Adnexgegenden, besonders die rechte, knollig verdickt.

Hb 76 %, Leuko 6200, BKS 7, T 36,9.

Abrasio: Reichlich Drüsen, die keine prämenstruelle und keine Schwangerschaftsumwandlung aufweisen. Im Zwischengewebe finden

sich reichlich Rundzellen, auch im Cervixschleim Leukocyten.
Endometritis.

Entlassung bei Wohlbefinden.

Wiederaufnahme am 4. 9. 48.

Seit 4 Wochen Dauerblutung.

Gyn. Befund: Uterus gut mannsfaustgroß, anteflektiert, sehr derb, nicht druckempfindlich, beweglich. Parametrien beiderseits straff, verkürzt, nicht druckempfindlich. In der rechten Scheidenwand gut pflaumengroßer, höckeriger, empfindlicher, derber Tumor, nicht verschieblich. Muttermund für Finger eingängig.

Hb 52 %, Leuko 4700, BKS 35, T 36,2.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der rechtsseitigen Adnexe und Belassung der linksseitigen Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri, Salpingitis chronica. Corpus luteumcyste im Ovar. Schleimhaut in Proliferationsphase.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 4.) 1936/433 op. B. A. 38 Jahre. III para IV gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 4 - 5 Wochen/6 - 7 Tage. Immer starke Kopfschmerzen und Brechreiz während der menses. Vor 8 Tagen zu Hause Fruchtabgang, am Tag vor der Aufnahme wieder Blutung.

Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, aufgelockert, anteflektiert, retroponiert, mäßig beweglich. Rechte Adnexgegend druckempfindlich ohne wesentlichen Tastbefund. Links neben dem Uterus eine nicht deutlich abgrenzbare Resistenz.

Hb 75 %, Leuko 5000, BKS 11, T 37,0.

AZR positiv, nach 9 Tagen negativ.

Abrasio: Endometritis, keine Abortreste.

Operation: Salpingoophorectomia sinistra. Stichelung des rechten Ovars. Appendektomie. Ovar in Tumor umgewandelt, platzt, entleert sich schokoladenbraune, dicke Flüssigkeit.

Histologisch: Corpus luteumnarben und Follikelcysten. Salpingitis. Postoperativer Verlauf glatt.

- 5.) 1936/451 op. B. J. 31 Jahre 0 para 0 gravida. Menarche 20 Jahre. Periode regelmäßig 21/3 - 4 Tage mit Schmerzen. Seit 5 Monaten Völlegefühl im Unterleib, Leib sei dicker geworden.

Gyn. Befund: Uterus in Streckstellung, etwas dextro- und retroponiert, mäßig beweglich. Rechte Adnexe o. B. Links sitzt der

vorderen Wand des Uterus breitbasig ein apfelgroßer, weicher, anscheinend cystischer Tumor auf, der sich gegenüber dem Corpus nicht verschieben läßt. Im hinteren Scheidengewölbe ist ein derber, kirschkerngroßer Knoten zu tasten, ebenso sind an der Hinterwand der Gebärmutter höckerige Erhebungen festzustellen. Hb 85 %, Leuko 6800, BKS 2, T 37,1.

Operation: Excision des Forixknotens, Salpingoophorectomia sin. Appendektomie.

Histologisch: Endometrioider Schokoladencyste des Ovars. Endometriosis externa der Tube. Endometriosis fornikalis. Postoperativer Verlauf glatt.

- 6.) 1937/424 op. R. H. 29 Jahre III para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage, 1928 Eierstocksentzündung, 1934 Fehlgeburt mens V. Seit 3 Monaten unregelmäßige menses, starker Blutverlust, Klumpen, Schmerzen, Brechreiz, Kopfschmerz, Schwindel.

Gyn. Befund: Uterus nach rechts gedrängt, etwas aufgelockert. Links weicher, cystischer, fester hühnereigroßer Tumor. Rechte Adnexe frei.

Hb 90 %, Leuko 5600, BKS 4, T 36,8.

Operation: Salpingoophorectomia sinistra. Appendektomie. Beim Aufschneiden entleert sich schwarzes, altes Blut.

Histologisch: Tuboovarialcyste. Postoperativer Verlauf glatt.

- 7.) 1937/457 kons. E. S. 40 Jahre IV para V gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 21/4 Tage. Seit 9 Monaten während der menses krampfartige Schmerzen im Unterleib, die zunehmen.

Gyn. Befund: Uterus konzentrisch vergrößert, kaum aufgelockert. Rechts neben ihm hühnereigroßer, derber Tumor, wenig druckempfindlich. Linke Adnexe unklar, anscheinend verdickt. Descensus II - III°. Endometriose?

Hb 76 %, Leuko 6400, BKS 6, T 36,5.

Operation: Ovariectomia duplex, Appendektomie.

Histologisch: Einfache Cystenbildungen mit teils kubischem, teils cylindrischem Epithel und Pigmentresten. Postoperativer Verlauf glatt.

- 8.) 1938/116 op. B. O. 46 Jahre. V para V gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 4 Monaten bei der Periode Schmerzen in der rechten Seite, am stärksten beim Sitzen.
Gyn. Befund: Ovula Nabothi, Uterus in Streckstellung. Descensus vaginae, klaffende Cervix. Im Douglas ein anscheinend kleincystischer Tumor von Apfelgröße.
Hb 62 %, Leuko 7000, BKS 2, T 36,6.
Operation: Es werden ein von den linken Adnexen und ein vom rechten Ovar ausgehender apfelgroßer, cystischer Tumor aus den Verwachsungen gelöst. Beide platzen, es entleert sich schokoladenartiger Inhalt.
Histologisch: Follikelcyste und ein Corpus luteum. In einem Ovar Endometriose.
4 Tage post operationem stirbt Pat. unter den Zeichen des Schocks.
- 9.) 1938/426 op. F. N. 30 Jahre. O para O gravida. Menarche 20 Jahre. Periode 4 - 6 Wochen/2 - 3 Tage, 1937 Milzexstirpation. Seit 9 Monaten Geschwulst im Unterbauch bemerkt, seit 3 Wochen Schmerzen.
Gyn. Befund: Bauch prall vorgewölbt, Undulation, großer Tumor, kaum herauszutasten.
Hb 75 %, Leuko 9000, BKS 53, T 36,2.
Operation: Cystektomie, Resektion am linken Ovar. Appendektomie.
Histologisch: Rechts multiloculäres Pseudomucinkystom, links neben einigen kleinen Cysten kirschgroße Schokoladencyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 10.) 1938/90 priv. L. E. 41 Jahre O para O gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 Tage. 1935 Abrasio wegen Dysmenorrhoe. Seit 5 Tagen vermehrte Schmerzen auf der rechten Seite, die sich beim Bewegen verstärken, Druck auf die Blase. Ausfluß.
Gyn. Befund: Uterus sinistroponiert. In Höhe des Fundus kleinfaustgroßer Tumor, beweglich, der sich vom Uterus gut abgrenzen läßt, aber gegen den Uterus wenig verschieblich ist. Linke Adnexe frei. Parametrien beiderseits o. B.
Hb 72 %, Leuko 6400, BKS 9, T 36,9
Operation: Salpingoophorectomia duplex, supravaginale Amputation, Appendektomie.
Histologisch: Typische Fibromyome, Teercysten.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 1.) 1938/216 kons. priv. J. E. 38 Jahre. I para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Bei der Geburt Harnröhrenriß, 2 x bei Stöckel operiert. Kommt wegen Blutung.
Gyn. Befund: Uterus vergrößert, weich. An linken Adnexen druck-schmerzhafte Resistenz zu tasten.
Hb 72 %, Leuko 6100, BKS 12, T 36,9.
Abrasio: Abortreste.
Tumor erscheint später größer.
Operation: Ovariotomia sinistra.
Histologisch: Teercyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 2.) 1939/116 op. M. D. 37 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 - 7 Tage. Vor 8 Tagen zweimal plötzliche heftige Schmerzen in der Nabelgegend, Leib druckempfindlich, aufgetrieben, Erbrechen, Harndrang.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert, dextrovertiert, mäßig beweglich, durch links neben und hinter ihm liegenden Tumor verdrängt. Adnexe rechts nicht zu tasten, links weicher zystischer unbeweglicher leicht abgrenzbarer Tumor.
Hb 80 %, Leuko 4800, BKS 70, T 36,5.
Operation: Ectomie einer Schokoladencyste des linken Ovars.
Histologisch: Glattwandige Cyste, Epithel vollkommen verloren.
In inneren Cystenwandschichten Pigmentspeicherungsvorgänge.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 3.) 1939/342 op. H. M. 33 Jahre. III para III gravida. Menarche 11 Jahre. Periode seit einem Jahr unregelmäßig, sehr starker Schmerz in Leib und Kreuz.
Gyn. Befund: Uterus nach links verdrängt, rechts fühlt man eine Resistenz, die etwa zu 2/3 den Douglas prall einnimmt. Endometriose?
Hb 78 %, Leuko 4800, BKS 8, T 36,5.
Operation: Oophorectomia dextra, Lösung von Verwachsungen, Appendektomie.
Histologisch: Mit Zylinderepithel ausgekleidete Cyste mit Blutungen und Blutpigmenten und resorptiver Entzündung in der Wand.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 14.) 1939/348 op. L. R. 21 Jahre. O para O gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Appendektomie. Seit einiger Zeit Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend.
Gyn. Befund: Uterus klein, derb, retro-sinistrovertiert. Linke Adnexe o. B. Rechte Adnexe ohne gröbere Veränderungen. Rechter Unterbauch druckempfindlich. Rechts neben dem Uterus haselnuß-große Verdickung.
Hb 75 %, Leuko 5000, BKS 3, T 37,2.
Operation: Excision der alten Appendixnarbe. Kein Anzeichen für Endometriose. Mittelschnitt: Salpingektomia, Keilexcision aus dem Uterus.
Histologisch: Ovar zeigt zahlreiche Corpora albicantia und kleine Follikelcysten. Endometriose der Tube.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 15.) 1940/27 op. F. K. 58 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre. Menopause seit 20 Jahren nach Röntgenbestrahlung wegen Gebärmuttergeschwulst. Jetzt Anschwellen des Leibes, Magendruck.
Gyn. Befund: Großer, bis 1 Qf. unter den Rippenbogen reichender Tumor. Uterus nicht durchzutasten.
Hb 74 %, Leuko 5400, BKS 60, T 37,0.
Operation: Durch Punktion werden 3 l einer dunkelbraunen Flüssigkeit entleert. Teilweise Exstirpation des Tumors unter Belassung von ca. 1/5 der leeren Kapsel.
Histologisch: Schokoladencyste mit geringer entzündlicher Infiltration und stellenweiser Verkalkung.
Wenige Stunden post operationem akute Herz- und Kreislaufschwäche. Exitus.
- 16.) 1940/536 op. S. I. O para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1926 Dilatation wegen Dysmenorrhoe, 1938 Ausschabung. Seit 6 Monaten Druckgefühl und stechender Schmerz im rechten Unterbauch.
Gyn. Befund: Uterus hühnereigroß, retrovertiert, derb. Rechts von ihm faustgroßer, harter Tumor, der vom Uterus getrennt ist, keine Druckempfindlichkeit.
Hb 78 %, Leuko 6200, BKS 9 T 37,2.
Operation: Punktion und subtotale Exstirpation der rechtsseitigen Schokoladencyste, teilweise Resektion eines links-

seitigen Dermoids.

Histologisch: Dermoidcyste mit Hautanhangsgebilden. Schokoladencyste. Tubenendometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 17.) 1941/81 op. S. A. 30 Jahre. I para II gravida. Menarche 17 Jahre. Periode regelmäßig, 28/4 Tage. 1918 Appendektomie, 1929 Operation einer Kotfistel. Krampfartige Schmerzen in Leib und Kreuz.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, eleviert, ante-sinistropo- niert durch einen knapp faustgroßen rechts hinter ihm liegenden cystischen ziemlich unbeweglichen Tumor.

Hb 80 %, Leuko 6000, BKS 5, T 36,8.

Operation: Resektion des linken Ovars, Stichelung des rechten Ovars und Entfernung einer Teercyste. Lösung von Verwachsungen, Profixur des Uterus mittels Blasenperitoneums.

Histologisch: Fibröse Cystenwand mit kubischem Epithel ausgekleidet.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 18.) 1941/180 op. G. I. 40 Jahre. III para IV gravida Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/7 Tage. Seit 5 Jahren anfallsweise Schmerzen im linken Unterbauch, kommen im Abstand von 3 Monaten. Starker Ausfluß.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, dextroponiert, eleviert durch einen neben und hinter ihm liegenden, cystischen Tumor von Faustgröße, der wenig beweglich ist.

Hb 75 %, Leuko 5800, BKS 3, T 36,4.

Operation: Salpingoophorectomia duplex. Bei der Lösung entleert sich aus dem Tumor teerartige Flüssigkeit.

Histologisch: 2 Ovarialcysten. In der Cyste selbst und in der Wand Granulationsgewebe mit viel Hämosiderin.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 19.) 1941/238 op. O. L. 33 Jahre. 0 para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Appendektomie 1922. Seit der Fehlgeburt vor 4 Monaten Beschwerden beim Heben und Laufen.

Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, aufrechtbar, jedoch immer wieder zurückschnellend, anscheinend infolge eines im hinteren

Douglas liegenden Tumors.

Hb 80 %, Leuko 5600, BKS 5, T 36,0.

Operation: Ovariectomie, entleert sich teerartige Flüssigkeit. Profixur nach Baldy.

Histologisch: In der Cystenwand Reste von Ovarialgewebe, eine Epithelauskleidung ist nicht mehr nachweisbar.

Postoperativ vorübergehend Urethritis.

- 20.) 1941/565 op. K. A. 27 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 21/10 Tage. Seit 3 Jahren Unterleibsschmerzen, seit 1 Jahr bei der Periode sehr starke Schmerzen.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, beweglich. Links neben ihm ist ein mandarinengroßer Tumor zu tasten. Rechte Ovar cystisch verändert.

Hb 78 %, Leuko 8200, BKS 15, T 36,4.

Operation: Ektomie einer über faustgroßen Schokoladencyste.

Histologisch: Eine mit cylindrischem Epithel ausgekleidete Ovarialcyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 21.) 1941/102 kons. M. S. 41 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Seit einiger Zeit Leibschmerzen.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, normal groß. Links tastet man einen ca. apfelgroßen Tumor.

Hb 75 %, Leuko 9300, BKS 12, T 37,3.

Operation: Ektomie einer linksseitigen endometrioiden Teercyste.

Histologisch: Keine Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 22.) 1941/368 kons. priv. G. K. 29 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 11 Jahre. Periode unregelmäßig. 1932 Ovariectomia dextra, Appendektomie, Profixur, 1933 Hernienoperation. Zunehmende Leibscherzen bei der Periode mit Ohnmacht, starke Schmerzen im Bereich der Lap. Narbe.

Gyn. Befund: Uterus in Streckstellung. Adnexe und Douglas ohne groben Tastbefund. Der der cervikalen Vorderfläche des Uterus entsprechende Tumor bleibt unverändert unter den Bauchdecken liegen trotz Zugs an der Kugelzange.

Hb. 68 %, Leuko 8200, BKS 15, T 36,9.

Operation: Exstirpation des Tumors mit Eröffnung des Peritoneums.

Histologisch: Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 23.) 1942/69 op. K. K. 43 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Seit 3 Jahren Menopause nach Bestrahlung. 1925 Lap. wegen Eierstocksgeschwulst. 1939 Lap. teilweise Resektion eines Tumors, anschließend Röntgen-Bestrahlung. Seit 3 Monaten bei Stuhlgang ziehende Schmerzen im Kreuz, Leib ist dicker geworden.

Gyn. Befund: Portio anteponiert, hinter die Symphyse gedrängt durch einen prallen Tumor, der den Douglas vorwölbt und bis 2 Qf unter den Rippenbogen reicht. Scheint von den linken Adnexen auszugehen. Rechts etwa kindskopfgroßer, elastischer Tumor, der das kleine Becken nicht überragt.

Hb 75 %, Leuko 6200, BKS 6, T 36,5.

Operation: Entleerung von über 1 Liter dunkelbrauner dicker Flüssigkeit. Aus dem 2. Tumor entleert sich gelbliche Flüssigkeit. Abtragung, Douglastamponade.

Histologisch: Eine Cyste mit kubischem Epithel und Hämosiderin-pigment. Papilläres Ovarialkystom mit etwas atypischem Epithel, so daß der Verdacht auf beginnende maligne Entartung besteht. Postoperativ Kreislaufkollaps und Bauchdeckenabszess, die beide beherrscht werden können.

- 24.) 1942/73 op. A. H. 32 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 26/4 Tage. 1931 Abrasio wegen Dysmenorrhoe. Seit 1 Jahr immer wieder starke Schmerzen im rechten Unterbauch, zuletzt mit Erbrechen.

Gyn. Befund: Uterus retroflektiert-poniert durch einen derben, beweglichen, vor ihm liegenden knapp kindskopfgroßen Tumor, der anscheinend vom linken Ovar ausgeht.

Hb 80 %, Leuko 5600, BKS 7, T 36,4.

Operation: Salpingoophorectomia dextra.

Histologisch: Teercyste.

Glatte postoperativer Verlauf.

- 25.) 1942/419 op. P. St. 40 Jahre. II para III gravida. Menarche 11 Jahre. Periode regelmäßig 25/5 - 6 Tage. Seit 9 Tagen regellose Blutung, Schmerzen im rechten Unterbauch.

Gyn. Befund: Uterus hühnereigroß, derb, anteflektiert, sinistroniert durch einen rechtsseitigen etwa faustgroßen cystischen Tumor.

Hb. 84 %, Leuko 5800, BKS 3, T 36,6.

Operation: Lösung von Adhäsionen, Cystektomie rechts, subtotale Cystektomie links.

Histologisch: In beiden Cysten Fehlen der Epithelauskleidung, Hämosiderinpigmentierung und hämorrhagische Infarzierung in der Wandung. Unter den Zeichen einer Peritonitis mit Kreislaufschwäche kam Pat. am 3. Tag post operationem ad exitum.

- 26.) 1942/329 kons. priv. E. H. 31 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Seit einiger Zeit während der menses Blähungen, Obstipation, Blut im Stuhl.

Gyn. Befund: Uterus sinistroniert, anteflektiert durch einen rechtsseitigen Tumor von Doppelfaustgröße.

Hb 83 %, Leuko 5800, BKS 8, T 37,0.

Operation: Lösung von Verwachsungen. Salpingoophorectomia sinistra wegen Teercyste.

Histologisch: Mit ganz flachem Epithel ausgekleidete Ovarialcyste mit verdickter, zum Teil hyalinisierter Wandung. Postoperativer Verlauf glatt.

- 27.) 1943/1 op. H. M. 47 Jahre. I para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig 3 - 5 Wochen/3 Tage. Seit 6 Tagen Leibschmerzen und Blutung.

Gyn. Befund: Uterus derb, konzentrisch vergrößert auf Kindskopfgröße.

Hb 80 %, Leuko 6000, BKS 10, T 36,7.

Operation: Totalexstirpation des Uterus unter Mitnahme der beiderseitigen Adnexe.

Histologisch: In beiden Ovarien Cysten, darunter eine Teercyste. Myom weitgehend hyalinisiert und teilweise nekrotisch. Postoperativer Verlauf glatt.

- 28.) 1943/87 op. G. E. 43 Jahre. III para IV gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1930 Interruptio und Sterilisation nach Menge wegen famil. erblicher Hydrozephalie und Imbezillität. Seit 10 Jahren in der alten Narbe eine kleine

Geschwulst. Seit 3 Jahren starke Schmerzen während der Periode, seit 4 Monaten entleert sich während der Periode Blut.

Gyn. Befund: Uterus kleinhühnereigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei. Im oberen Drittel der Narbe ein gut walnußgroßer, blutunterlaufener derber, wenig verschieblicher Tumor.

Hb 78 %, Leuko 5600, BKS 2, T 36,0.

Operation: Exstirpation des Tumors.

Histologisch: Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 29.) 1943/139 op. F. W. 31. Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode seit kurzer Zeit alle 14 Tage.

Gyn. Befund: Uterus dextroponiert-vertieft, links neben ihm zweifautgroßer Tumor, der vorwiegend derb ist, aber auch einen kleinen cystischen Anteil hat. Folgt nicht sicher auf Zug.

Hb 80 %, Leuko 6200, BKS 3, T 36,9.

Operation: Entfernung einer linksseitigen mehrkammerigen Teercyste mit Adhäsionen.

Histologisch: Eine Cyste mit bindegewebiger Wand ohne Epithelbelag und Hämosiderineinlagerung.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 30.) 1943/268 op. H. A. 30 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1938 Sectio, p.p. geheilt. Seit einem Jahr bei der Periode Schmerzen in der linken Leistenbeuge. Mehrere Knötchen zu tasten.

Gyn. Befund: Uterus hühnereigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Adnexe beiderseits frei. Im linken Wundwinkel der Pfannensielnarbe ein walnußgroßer druckempfindlicher Tumor.

Hb 80 %, Leuko 6200, BKS 6, T 37,0.

Operation: Resektion des Knotens und eines Teiles des Musc. obliquus abdominis externus.

Histologisch: Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 31.) 1943/520 op. G. B. 33 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1929 Entfernung beider Eileiter und der Appendix. Seit einem Jahr Schmerzen links im Unterleib

vor und nach der Periode. Geschwulst links oberhalb des Schambeines, die sich zur Zeit der Periode vergrößert.

Gyn. Befund: O. B. Operationsnarbe in der Haargrenze. Am linken Drittel der Narbe ist in der Bauchdecke eine etwa hühnereigroße derbe unverschiebliche Geschwulst zu tasten.

Hb 80 %, Leuko 5600, BKS 13, T 36,8.

Operation: Hohe Fundusamputation mit teilweiser Tubenresektion, da der Tumor die Fascie durchsetzt, den Muskel zerstört hat und mit seinem intraabdominalem Teil breitbasig auf dem Fundus uteri und der linken Tubenecke aufsitzt. Muskel und Fascienplastik.

Histologisch: Bild einer Endometriose.

Postoperativer Verlauf glatt.

32.) 1944/185 op. G. B. 32 Jahre. I para I gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1938 Appendektomie. Seit 2 Monaten Schmerzen im linken Unterbauch und Druck auf die Blase.

Gyn. Befund: Uterus dextrovertiert, beweglich, vor dem Uterus ein kindskopfgroßer rundlicher Tumor, der auf Zug nicht folgt.

Hb 80 %, Leuko 5200, BKS 4, T 37,2.

Operation: Cystektomie, Lösung von Verwachsungen.

Histologisch: Schokoladencyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

33.) 1944/99 kons. L. U. 28 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. 1941 Appendektomie und Entfernung einer Tube. Seit 3 Wochen Fieber und Schüttelfrost, seit 3 Jahren lange Perioden und starke Schmerzen.

Gyn. Befund: Uterus klein, rechts neben ihm kugelig, unbeweglicher, stark druckschmerzhafter Tumor.

Hb 65 %, Leuko 13500, BKS 45, T 39,6.

Operation: Salpingoovarectomia wegen rechtsseitigem vereitertem intraligamentärem Pyovar.

Histologisch: Entzündlich infiltrierte Cystenwand. Fibrin und Eiter auf Oberfläche, Hämosiderineinlagerungen, Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

34.) 1944/170 priv. E. A. 45 Jahre. 0 para I gravida, Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit einiger Zeit Schmerzen im Leib und li. Oberschenkel.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, derb, beweglich. Links Tumor zu tasten.

Hb 75 %, Leuko 6800, BKS 16, T 37,2.

Operation: Oophorectomia utraque, Appendektomie.

Histologisch: Mit Granulationsgewebe ausgekleidete Cysten, reichlich Hämosiderinpigment.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 35.) 1945/266 op. M. E. 41 Jahre. II para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig, 28/8 Tage, starker Blutverlust. Seit einem Jahr Schmerzen im Leib und Druckgefühl.

Gyn. Befund: Uterus nicht herauszutasten, vor ihm liegt ein prall cystischer Tumor, der fast bis zum Nabel reicht. Vorderes Vaginalgewölbe abgeflacht.

Hb 68 %, Leuko 7800, BKS 40, T 364.

Operation: Exstirpation beider Adnexe und supravaginale Amputation des Uterus.

Histologisch: Teercysten.

- 36.) 1945/216 kons. priv. R. T. 45 Jahre. 0 para I gravida. Menarche 17 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Keine Beschwerden. Bei einer zufälligen Untersuchung wegen Durchfalls wurde eine Geschwulst entdeckt.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, kindskopfgroßer Myom.

Hb 70 %, Leuko 6200, BKS 15, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit beiden Adnexen wegen Endometriose beider Ovarien.

Histologisch: Fibromyom, im Ovar Corpora fibrosa. An Tuben geringe chronische Entzündung.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 37.) 1945/237 kons. priv. M. S. 40 Jahre. III para IV gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 27/3 - 4 Tage. Früher Appendektomie. Seit 6 Monaten Menorrhagien und Kreuzschmerzen.

Gyn. Befund: In vorderer Vaginalwand medial pflaumengroße Cyste. Portio derb. Uterus kleinfaustgroß, durch konzentrische Metritis verdickt, stark nach rechts verlagert. Endometriose?

Hb 78 %, Leuko 5800, BKS 10, T 37,1.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit beiden Adnexen.

Histologisch: Im Uterus Endometritis mit glandulärer Hyperplasie und Myometritis. Das Ovar zeigt Corpus luteumcysten, einige Follikelcysten, auch eine Teercyste. Das andere Ovar zeigt nur Follikelcysten.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 38.) 1946/70 op. M. A. 45 Jahre. II para, II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig. Seit 4 Jahren 8 Tage vor der Periode reißende Schmerzen in Leib und Kreuz. Beschwerden bei der Defäkation.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, nicht vergrößert. Links ein anscheinend bis zum Nabel reichender, mäßig beweglicher Tumor. Rechte Adnexe frei.

Hb 73 %, Leuko 5100, BKS 70, T 36,8.

Operation: Absetzen des Cystoms einschließlich des cystisch entarteten Ovars.

Histologisch: Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 39.) 1946/248 op. L. B. 52 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode ganz unregelmäßig, vor 3 Wochen starke Schmerzen im Unterleib.

Gyn. Befund: Neben Portio derber, unverschieblicher, nicht druckempfindlicher Tumor, der fast bis zum Nabel reicht.

Hb 76 %, Leuko 5400, BKS 12, T 36,6.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit beiden Adnexen.

Histologisch: Fibromyom mit regressiven Veränderungen. Im Ovar Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 40.) 1946/279 op. J. K. 51 Jahre. I para I gravida.

Anamnese kaum zu erheben, da Polin.

Seit 3 Wochen starke Kreuz- und Leibscherzen.

Gyn. Befund: Uterus kindskopfgroß, myomatös, Adnexe frei.

Hb 82 %, Leuko 6400, BKS 11, T 37,2.

Operation: Exstirpation einer Hydrosalpinx links, Excision der Tubenecken.

Histologisch: Mit ganz flachem, teilweise auch kubischem Epithel ausgekleidete Cyste. Aus der Tubenecke stammendes Gewebe

ergibt Adenomyom.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 41.) 1946/352 op. E. M. 44 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Wegen Dauerblutung vor 3 Wochen Ausschabung durch den Hausarzt. Da histologische Untersuchung Ca ergab, Überweisung.
Gyn. Befund: Uterus wenig vergrößert, Streckstellung, derb, gut beweglich, Portio spitz, derb, glatt. Adnexen o. B.
Hb 70 %, Leuko 7200, BKS 20, T 36,7.
Operation: Totale Uterusexstirpation mit beiden Adnexen.
Histologisch: Glanduläre Hyperplasie des Endometriums, an einzelnen Stellen ausgedehnte Atypien, Fehlen der membrana propria zwischen einzelnen Drüsenelementen. Typische Ca-Bildung nicht mehr zu finden. Im Myometrium typische Endometriose.
Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.
- 42.) 1946/235 priv. J. F. 42 Jahre. IV para V gravida. Menarche 12 Jahre. Seit 11/2 Jahren zunehmend starke Schmerzen nach Beginn der menses bis 5 Tage nach ihrer Beendigung.
Gyn. Befund: Uterus retroflektiert. Endometriose?
Hb 81 %, Leuko 7200, BKS 20, T 37,1.
Operation: Ovariectomie, Scarifikation des linken Ovar. Doleris.
Histologisch: Teercyste.
Postoperativ Embolie, Exitus letalis.
- 43.) 1946/345 priv. J. G. 35 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Menarche regelmäßig 28/7 Tage. 1940 Appendektomie. Nach Amenorrhoe von 2 Monaten starke Blutung und Kreuzschmerzen.
Gyn. Befund: Retroflexio uteri fixata. Rechts vom Uterus prall cystischer mobiler Tumor.
Hb 52 %, Leuko 5400, BKS 25, T 37,1.
Operation: Resektion beider Adnexen.
Histologisch: Endometriose beiderseits.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 44.) 1946/116 kons. priv. I. Z. 32 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. 1945 Appendektomie. Seit 4 Monaten unregelmäßige Perioden mit Leibschmerzen.
Gyn. Befund: Uterus retrovertiert. Links knollige Verdickung neben der Cervix.

Hb 72 %, Leuko 6000, BKS 8, T 36,8.

Operation: Ovariectomie links.

Histologisch: Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

45.) 1946/176 kons. priv. M. B. 39 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Seit einem Jahr ziehende Schmerzen vom Kreuz zum Unterleib.

Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, vergrößert. Uteruswand über dem Douglas außerordentlich schmerzhaft. Descensus der hinteren Scheidenwand II grades.

Hb 82 %, Leuko 7200, BKS 12, T 37,3.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus und der linken Adnexe. Hintere Plastik.

Histologisch: Hyperplasie des Endometrium, im Ovar Corpora fibrosa, Endometriose der linken Adnexe.

Postoperativer Verlauf glatt.

46.) 1946/201 kons. priv. L. St. 36 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Seit 4 Monaten Dicker- und Härterwerden des Leibes.

Gyn. Befund: Abdomen ausgefüllt durch einen außerordentlich derben, bis oberhalb des Nabels reichenden, mannsfaustgroßen Tumor, der wohl einem Myom entspricht.

Hb 80 %, Leuko 6800, BKS 8, T 36,8.

Operation: Lösung von Adhäsionen. Supravaginale Amputation des Uterus mit beiderseitigen Adnexen. Appendektomie.

Histologisch: Fibromyom, alte Schokoladencyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

47.) 1947/400 op. A. F. 29 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Seit 6 Jahren Schmerzen im linken Unterleib, die auch zum Rücken ziehen. In letzter Zeit haben sich die Schmerzen verstärkt.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, normal groß, derb. Über ihm glattwandiger Tumor, der bis 1 Qf über den Nabel reicht.

Hb 85 %, Leuko 6800, BKS 35, T 36,8.

Operation: Adnexotomia dextra.

Histologisch: Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 48.) 1947/485 op. I. F. 31 Jahre. III para IV gravida.
Aufnahme wegen geplatzter Tubargravidität rechts.
Hb 52 %, Leuko 15400, BKS 30, T 38,0.
Operation: Rechte Adnexe wird abgesetzt. Eine Cyste des linken Ovars wird abgetragen.
Histologisch: Tubargravidität. Daneben in der Tube und im Ovar Endometriose. Gebilde der anderen Seite: Corpus-luteumcyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 49.) 1947/580 op. S. P. 51 Jahre. III para III gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/7 Tage. Wegen starker Periodenblutungen 1942 und 1946 Abrasio.
Gyn. Befund: Uterus gänseeigroß, retroflektiert. Adnexe frei. Vordere Mmlippe: Kirschgroße Geschwulst.
Hb 66 %, Leuko 4800, BKS 15, T 36,8.
Operation: Mayo.
Histologisch: Adenomyosis uteri, chronische Endometritis.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 50.) 1947/603 op. M. R. 36 Jahre. II para II gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1933 Operation wegen Eierstockgeschwulst, 1936 Abrasio, 1937 Gebärmutteroperation. Seit 2 Monaten starke Schmerzen, die in das Kreuz ausstrahlen. Beim Gehen starke Beschwerden. Periode war nach Gebärmutteroperation 9 Jahre lang ausgeblieben, jetzt wieder regelmäßig.
Gyn. Befund: Rechts citronengroßer, nicht beweglicher Tumor, schmerzhaft, oberer Teil cystisch, unten knötchenförmig, vielleicht intraligamentär.
Hb 74 %, Leuko 7300, BKS 5, T 36,7.
Operation: Resektion der rechten Adnexe.
Histologisch: Teercyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 51.) 1947/733 op. J. B. 38 Jahre, II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. April 1946 Laparotomie, 14 Tage später Abrasio. Seit 5 Monaten haben die während der Periode auftretenden starken Schmerzen im rechten Unterbauch sich noch verstärkt. Kopfschmerz, Ausfluß, verstärkte Perioden.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, klein, etwas druckschmerzhaft. Li. Ovar etwas vergrößert, beweglich. Rechts an Cervix anschließend taubeneigroßer, harter, höckeriger, schmerzhafter Tumor, etwas beweglich, breitbasig mit dem Uterus verbunden. Hb 60 %, Leuko 7200, BKS 14, T 36,6.

Operation: Resektion der rechten Adnexe, Teilresektion des linken Ovar.

Histologisch: Follikelcyste, Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

52.) 1947/289 kons. A. H. 61 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Menopause 57 Jahre. Beim 1. Partus Dammriß, Prolaps, Ring. Seit 14 Tagen im Anschluß an schwere Arbeit geringe Blutung. Leichtes Ziehen im Kreuz und linken Unterbauch.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, retroflektiert. An der linken Seite des Uterus ein Myomknoten zu tasten. Abrasio ergibt glandulär-cystische Hyperplasie.

Hb 50 %, Leuko 3600, BKS 35, T 36,2.

Operation: Vaginale Totalexstirpation mit beiden Adnexen.

Histologisch: Adenomyosis interna, Schleimhaut in der Regeneration mit entzündlicher Infiltration.

Postoperativer Verlauf glatt.

53.) 1947/161 priv. E. B. 38 Jahre. 0 para 0 gravida.

Seit 4 Jahren 3 - 4 wöchentliche starke Blutung mit Abgang von Fetzen.

Gyn. Befund: Kindskopfgroßes, multiples Myom. Umgebung frei. Erbsengroßer Knoten in der linken kleinen Labie.

Hb 60 %, Leuko 6200, BKS 12, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus und Salpingoophorectomia dextra.

Histologisch: Uterus myomatosus, Sekretionsschleimhaut mit starkem Stromaödem, Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

54.) 1948/96 op. Th. G. 47 Jahre. III para IV gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 29/4 - 6 Tage. Seit 2 Jahren Kreuzschmerzen während der menses, seit 3 Monaten starke menses mit starken wehenartigen Schmerzen. Partielle Harninkontinenz.

Gyn. Befund: Beim Pressen wölbt sich hintere Scheidenwand vor. Uterus anteflektiert, derb, etwas vergrößert. Rechts taubeneigroße Verdickung Adnexe, Paramentrien frei. Ovula Nabothi.
Hb 76 %, Leuko 6200, BKS 8, T 37,0.

Operation: Vaginale Totalexstirpation mit Zurücklassen der Adnexe. Hintere Plastik.

Histologisch: Adenomyosis interna uteri.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 35.) 1948/226 op. D. K. 50 Jahre. II para II gravida, Menarche 15 Jahre. Seit 6 Monaten starke, unregelmäßige, oft Wochen andauernde Blutung, die trotz Tropfen und Tabletten nicht steht.

Gyn. Befund: Tumor des linken Ovars oder subseröses Myom.
Hb 72 %, Leuko 5800, BKS 35, T 36,6.

Operation: Exstirpation der linksseitigen Adnexe, Lösung von Verwachsungen.

Histologisch: Endometriosis ovarii, Teercyste.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 56.) 1948/232 op. A. H. 46 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode unregelmäßig, 2 - 7 Wochen, seit 3 Monaten starke Schmerzen während der menses.

Gyn. Befund: Uterus nach hinten gedrängt durch einen vor ihm liegenden ca. gänseeigroßen, derben, kugeligen Tumor.
Hb 76 %, Leuko 5800, BKS 8, T 37,1.

Operation: Supravaginale Amputation mit linksseitiger Adnexotomie.

Histologisch: Schleimhaut in der Proliferation, Uterus myomatosus. Endometriosis parovarui.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 57.) 1948/234 op. B. H. 46 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Seit 2 Jahren Periode unregelmäßig, vor, während und nachher starke Schmerzen. Seit Jahren Harninkontinenz. 1934 Uterusgeschwulst entfernt.

Gyn. Befund: Uterus faustgroß, anteflektiert, beweglich, jedoch Bewegung schmerzhaft.

Hb 71 %, Leuko 400, BKS 20, T 36,3.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiderseitigen Adnexe. Lösung der Adhäsionen.

Histologisch: Adenomyosis interna et externa, Schleimhaut in der Proliferation.

Postoperativer Verlauf glatt.

58.) 1948/338 op. F. P. 32 Jahre. I para I gravida Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig. In letzter Zeit Fluor und Schwindel.

Gyn. Befund: Uterus groß, Mittelstellung, derb, wenig beweglich. Rechts und etwas vor ihm ein fast säuglingskopfgroßer cystischer Ovarialtumor, links 2 kleine Myomknötchen und verdickte indolente Adnexe.

Hb 55 %, Leuko 7600, BKS 10, T 36,4.

Um Gravidität auszuschließen, wird Pat. entlassen. Bei der Wiederaufnahme Befund unverändert.

Operation: Exstirpation zweier Ovarialtumoren unter Zurücklassung beider Tuben und eines gesunden Ovarialrestes rechts.

Histologisch: Teercysten.

Postoperativer Verlauf glatt.

59.) 1948/339 op. M. G. 34 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Letzte Regel 5 Tage zu früh, dann Dauerblutung.

Gyn. Befund: Uterus nicht vergrößert, links ein hühnereigroßer derber Adnextumor, der indolent ist, rechte Adnexe verdickt, druckempfindlich.

Hb 45 %, Leuko 5800, BKS 45, T 36,9.

Abrasio: Proliferation. Bluttransfusion.

Operation: Exstirpation der linksseitigen Teercyste, Lösung von Adhäsionen.

Histologisch: Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

60.) 1948/340 op. J. B. 43 Jahre. III para IV gravida. Menarche 18 Jahre. Periode unregelmäßig 6 - 8 Wochen/4 Tage. Seit 2 Wochen starke Blutung mit Klumpenabgang.

Gyn. Befund: Retroflexio uteri mobilis, Descensus vaginae mit Incontinentia. Schenkelhernie links.

Hb 80 %, Leuko 5600, BKS 8, T 36,6.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassung der beiderseitigen Adnexe. Fixation des Stumpfes. Vordere und hintere

Plastik mit Raffung des periurethralen Bindegewebes.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase, Adenomyosis interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 61.) 1948/571 op. M. S. 53 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig, 28/4 - 5 Tage. Vor 30 Jahren Senkungsbeschwerden, seit 3 Jahren sehr starke Blutung, seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes, seit 6 Monaten Pollakisurie und partielle Harninkontinenz, seit 3 Tagen venöse Stauung des linken Beines.

Gyn. Befund: Uterus in einen säuglingskopfgroßen, derben, beweglichen Tumor verwandelt.

Hb 85 %, Leuko 4900, BKS 30, T 35,8.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit beiden Adnexen.

Histologisch: Uterus myomatosus, Endometriosis ovarii, Corpuspolyp.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 62.) 1948/471 op. A. S. 50 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 6 Monaten sei der Leib dicker geworden, Pollakisurie, vor der Periode erhebliche Schmerzen im Unterleib.

Gyn. Befund: Uterus nicht zu tasten, Portio vorne hinter der Symphyse zu tasten, im Douglas kleinhöckeriger Tumor, nicht schmerzhaft, Douglas ganz ausfüllend, nicht beweglich, bis zum Nabel reichend.

Hb 65 %, Leuko 7200, BKS 20, T 36,6.

Operation: Supravaginale Amputation. Wegen Endometriose des rechten Ovars Adnexotomia dextra. Drainage nach der Vagina.

Histologisch: Fibromyoma uteri, fibroadenomatöser Corpuspolyp, Perisalpingitis.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 63.) 1948/579 op. A. H. 46 Jahre. III para V gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit längerer Zeit Druck im Unterleib und von links nach rechts ziehende Schmerzen vor der Periode, die mit Eintritt der Regel nachließen. Bei der letzten Periode längere Schmerzen.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, normal groß, derb, beweglich. Rechte Adnexe strangförmig verdickt, derb. Rechts hinter dem

Uterus erbsengroßes Knötchen. Linke Adnexe nicht zu tasten. Links und hinter dem Uterus im Douglas hühnereigroße, derbe Resistenz, die mit dem Uterus zusammenhängt. Endometriose? Subseröses Myom?

Hb 90 %, Leuko 5800, BKS 15, T 36,4.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiden Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Endometriosis ovarii bds. Schleimhaut in der Proliferationsphase.

Postoperativer Verlauf glatt.

64.) 1948/38 priv. A. K. 42 Jahre. IV para IV gravida.

Seit 3 Jahren starke, unregelmäßige Perioden mit Abgang von Klumpen und Fetzen.

Gyn. Befund: Mannsfaustgroßer, myomatöser Uterus mit freier Umgebung.

Hb 64 %, Leuko 5800, BKS 8, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der Adnexe. Adhaesiolyse.

Histologisch: Uterus myomatosus, Proliferationsschleimhaut, Teercyste des linken Ovar.

Postoperativer Verlauf glatt.

65.) 1948/129 priv. M. B. 31 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche

14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 5 Monaten starke und schmerzhaftige Perioden.

Gyn. Befund: Portio sieht nach hinten, Uterus faustgroß, Umgebung frei. Im Douglas tastet man eine kleine empfindliche Resistenz. Speculum o. B.

Hb 68 %, Leuko 6000, BKS 16, T 37,1.

Operation: Hohe supravaginale Amputation mit Entfernung des rechten Ovars.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Adenomyosis uteri interna et externa. Corpus luteum im Blütestadium.

Postoperativer Verlauf glatt.

66.) 1948/171 priv. K. G. 39 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche

15 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Schwere Neurasthenie.

Seit 1 Jahr Druckbeschwerden im Unterleib, seit einigen Monaten

Beschwerden beim Wasserlassen und Menorrhagien.

Gyn. Befund: Neugeborenenkopfgroßer, mehrknolliger, derber Uterus. Umgebung frei. Ein kleiner Knoten hinter der Blase.

Hb 70 %, Leuko 8200, BKS 20, T 37,1.

Operation: Adhaesiolysis, supravaginale Amputation. Resectio ovarii dextr. Adnexotomia lat. sin.

Histologisch: Uterus myomatosus, Endometriosis ovarii (Teercyste) Postoperativer Verlauf glatt.

- 67.) 1948/178 priv. G. A. 45 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre Periode regelmäßig 28/8 Tage. 1930 Ventrofixation. Seit 3 Jahren starke Perioden, seit 1/2 Jahr Zwischenblutungen und Druckbeschwerden.

Gyn. Befund: Gut faustgroßer, mehrknolliger, beweglicher, derber Uterus mit freier Umgebung. Speculum o. B.

Hb 76 %, Leuko 5600, BKS 8, T 37,0.

Operation: Supravaginale Amputation mit beiden Adnexen.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretion. Adenomyosis interna. Adenomyosis ovarii dextra, Cysta ovarii sin. Corpus luteum ovarii dextri.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 68.) 1948/182 priv. J. M. 43 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 21/5 Tage. Seit einigen Monaten Druckbeschwerden und Schmerzen im Unterleib.

Gyn. Befund: Im Muttermund bohnen großer Polyp. In Fortsetzung der Portio fühlt man einen nach links gelagerten harten Tumor.

Hb 72 %, Leuko 6200, BKS 15, T 36,9.

Operation: Adhaesiolysis, supravaginale Amputation mit Entfernung der linksseitigen Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus. Endometriosis ovarii (Teercyste). Postoperativer Verlauf glatt.

- 69.) 1948/183 priv. D. B. 36 Jahre. II para II gravida. Menarche 11 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Appendektomie. Seit 1 Jahr Hypermenorrhoe, dabei Leib- und Kreuzschmerzen. Seit 3 Monaten geringe Zwischenblutungen.

Gyn. Befund: Kindskopfgroßer, myomatöser Uterus. Speculum o.B.

Hb 68 %, Leuko 5600, BKS 12, T 37,2.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit der linken Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus, Schleimhaut in der Proliferationsphase. Schokoladencyste im linken Ovar.

Postoperativer Verlauf glatt.

70.) 1948/204 priv. E. H. 42 Jahre. III para IV gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 21/2 - 3 Tage. 1937 zeitweise Ring getragen. Vor 6 Monaten hier Abrasio. Seit 2 Monaten fast ständig geringe Blutung, auch post cohab. Schmerzen rechts im Unterleib, Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit.

Gyn. Befund: Alter DR I - II. Cysto-rectocele. Uterus etwas vergrößert, retroflektiert, Umgebung etwas empfindlich. Ektropium und Blutung aus dem Muttermund.

Hb 58 %, Leuko 5600, BKS 9, T 37,3.

Operation: Hohe Amputation mit Zurücklassung der Adnexe.

Histologisch: Endometriosis externa, Reste einer glandulär-cystischen Hyperplasie.

Postoperativer Verlauf glatt.

71.) 1948/227 priv. V. R. 48 Jahre. I para III gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1926 Appendektomie; 1928 und 1936 Curette. 1944 erstmalig ein Tumor festgestellt, keine Beschwerden. Seit einem Jahr verstärkte Blutung, Klumpen, Druck auf die Blase. Pollakisurie. Seit einigen Monaten Leibeszunahme, Blähungen.

Gyn. Befund: In Fortsetzung der Portio fühlt man einen mehrknolligen derben, kindskopfgroßen Uterus, ein Knoten subvesical. Hb 64 %, Leuko 5900, BKS 10, T 36,9.

Operation: Supravaginale Amputation unter Zurücklassung der beiden Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus. Schleimhaut in der Sekretionsphase, Adenomyosis interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

72.) 1948/241 priv. G. G. 49 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre. 1930 und 1935 Myomenuklation. Seit 2 Jahren Menorrhagien mit heftigen Schmerzen im Kreuz, seit 1 Jahr Beimengung von Klumpen.

Gyn. Befund: Faustgroßer, mehrknolliger Uterus, Umgebung frei.

Hb 70 %, Leuko 6400, BKS 18, T 37,3.

Operation: Adhaesiolysis, supravaginale Amputation mit Zurücklassung der vorhandenen linken Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 73.) 1948/260 priv. G. E. 46 Jahre. II para II gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Seit einigen Monaten acyclische Blutungen.

Gyn. Befund: Kindskopfgroßer, myomatöser Uterus mit freier Umgebung. Starke Blutung aus dem Muttermund.

Hb 62 %, Leuko 5800, BKS 10, T 37,1.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassen der linken Adnexe. Adhaesiolysis.

Histologisch: Uterus myomatosus, Endometriose mit Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 74.) 1948/284 priv. A. K. 39 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1943 manuelle Aufrichtung einer Retroflexio uteri. Seit 2 Jahren verlängerte und verstärkte Perioden, seither zunehmende Pollakisurie, Abgang von Klumpen, Schwindel, Blutleere im Kopf, Herzklopfen.

Gyn. Befund: Uterus kindskopfgroß, mehrknotlig, derb. Ein Knoten sitzt rechts subvesical und wahrscheinlich intraligamentär.

Hb 66 %, Leuko 6200, BKS 10, T 37,0.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassung des rechten Ovars. Dünndarmnaht.

Histologisch: Uterus myomatosus. Endometriosis ovarii sin. Cystis tubo. ov. dextr.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 75.) 1948/304 priv. C. S. 45 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig. 1940 Appendektomie, anschließend hier wegen Tuboovarialcyste stationär behandelt. Seit 1 Jahr ziehende Schmerzen im Leib und Kreuz von wechselnder Stärke. Bräunlicher, schokoladenfarbener Ausfluß. In den letzten 5 Wochen Zunahme der Schmerzen. Schwindel. Übelkeit, Brechreiz.

Gyn. Befund: Gut faustgroßer, myomatöser Uterus. Rechts apfelsinengroße, weiche, kaum empfindliche Resistenz. Links frei.

KW, Fango. Entlassung.

Wiederaufnahme. Befund gleich.

Hb 72 %, Leuko 7000, BKS 7, T 36,9.

Operation: Abdominale Totalexstirpation mit beiden Adnexen.

Histologisch: Uterus myomatosus. Polypi cervicis mucosi. Endometriosis ovarii lat. utriusque. Corpus luteum ovarii, Cystis folliculi.

Am Tag post operationem Kollaps. Exitus.

- 76.) 1948/337 priv. J. V. 44 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 31/5 Tage 1941 Appendektomie. Seit einigen Jahren unbestimmte Unterleibsschmerzen. Seit 6 Monaten Menorrhagien und Pollakisurie.

Gyn. Befund: Kleinf Faustgroßer, myomatöser Uterus. Umgebung frei.

Hb 70 %, Leuko 5200, BKS 5, T 36,4.

Operation: Adhaesiolysis. Supravaginale Amputation mit Entfernung bd. Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus. Cystis ovarii simplex. Endometriosis ovarii.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 77.) 1948/381 priv. A. R. 38 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. 1941 Abrasio wegen Kinderwunsch. Seit 14 Tagen ziehende und drückende Schmerzen im linken Unterbauch im Sitzen und im Liegen. Vor etwa 8 Tagen Stauungserscheinungen im linken Bein, die nach Ruhe wieder verschwanden.

Gyn. Befund: Uterus gut Faustgroß, derb. Adnexe beiderseits kleinapfelgroß, empfindlich. Speculum o. B. Uterus myomatosus, Endometriosis externa?

Hb 75 %, Leuko 6200, BKS 3, T 37,0.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiders. Adnexe Adhaesiolysis.

Histologisch: Uterusschleimhaut in der Sekretionsphase, Uterus myomatosus. Endometriosis ovarii beiderseits.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 78.) 1948/418 priv. W. M. 41 Jahre. III para III gravida. Menarche 15 Jahre. Periode unregelmäßig 3 - 5 Wochen/4 - 10 Tage. 1921 Appendizitis und Bauchfellentzündung. Seit 5 Jahren Depressions-

zustände während der Periode, Suicidversuch.

Gyn. Befund: Retroflexio uteri, Metropathia.

Hb 78 %, Leuko 7000, BKS 10, T 37,0.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassen der Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis interna, Schleimhaut in der Sekretion.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 79.) 1948/465 priv. K. M. 45 Jahre. IV para IV gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Vor 1 Jahr Abrasio. Seit 4 Monaten azyklische Blutungen, welche starken Blutverlust verursacht haben. Vor 3 Monaten Abrasio ohne Erfolg (glandulär-cystische Hyperplasie).

Gyn. Befund: Portio aufgetrieben, Uterus gestreckt, mäßig beweglich, Adnexe bds. verdickt. Blutung ex utero. Adenomyosis interna? Hernia inguinalis.

Hb 58 %, Leuko 5400, BKS 15, T 36,9.

Operation: Abdominale Totalexstipation mit Zurücklassen der Adnexe. Herniotomie lat. sin.

Histologisch: Adenomyosis interna et externa.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 80.) 1948/481 priv. M. v. V. 49 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 24/5 - 6 Tage. Seit 1943 unregelmäßig und lange anhaltende Regelblutungen. Seit 5 Monaten Zunahme des Leibesumfanges, Gefühl, ein Gewicht im Leib zu haben.
- Gyn. Befund: Gut säuglingskopfgroßer, mehrknolliger Uterus, der mäßig gebunden ist. Blutung aus dem Muttermund.

Hb 74 %, Leuko 6400, BKS 15, T 36,3.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassen der bds. Adnexe.

Histologisch: Myoma multiplex uteri, Adenomyosis uteri, Schleimhaut in der Proliferationsphase.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 81.) 1949/30 op. P. D. 49 Jahre. V para V gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig 24 - 28/4 - 6 Tage. 1947 Behandlung wegen Menorrhagien Curette. Seit 5 Monaten unregelmäßige Blutungen, teils sehr stark, teils Tröpfelblutungen.

Gyn. Befund: Uterus anscheinend normal groß, derb, beweglich.

Adnexe, Parametrien frei.

Hb 72 %, Leuko 5200, BKS 34, T 36,0.

Operation: Vaginale totale unter Zurücklassung der beiden Adnexe. Stumpffixation nach Vegh.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Glandulär-cystische Hyperplasie. Retentionscyste der Cervix.

Postoperativer Verlauf glatt.

82.) 1949/52 op. K. B. 44 Jahre. II para II gravida. Menarche 12 Jahre.

Periode regelmäßig 28/3 Tage. 1936, 39, 45 und 48 Ausschabung.

Seit 4 Wochen Dauerblutung mit geringen Schmerzen im Rücken.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, derb, wenig beweglich.

Adnexe, Parametrien frei.

Hb 63 %, Leuko 4800, BKS 8, T 35,8.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiderseitigen Adnexe.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Endometriosis ov. sin. Corpus-luteumcyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

83.) 1949/229 op. L. S. 47 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre.

Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 1946 Schmerzen im Unterleib, die in letzter Zeit stärker wurden.

Gyn. Befund: Uterus dextroponiert und retroponiert, normal groß, derb, beweglich. Rechte Adnexe nicht zu tasten. Links neben dem Uterus kindskopfgroßer cystischer Tumor, der bis zum Nabel reicht.

Hb 76 %, Leuko 5400, BKS 12, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation unter Belassung des rechten Ovars mit Entfernung der Tuboovarialcyste links.

Histologisch: Schleimhaut in der Proliferationsphase. Endometriosis tubarum. Parovarialcyste links.

Postoperativer Verlauf glatt.

84.) 1949/316 op. F. F. 42 Jahre. III para III gravida. Menarche

16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Seit 1 Jahr stärkere

und längere Perioden mit Schmerzen. Vor 5 Monaten Abrasio auswärts, kein Erfolg.

Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, etwas vergrößert, derb, wenig beweglich. Adnexe und Parametrien frei.

Hb 64 %, Leuko 10000, BKS 20, T 36,4.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der rechten Adnexe und linken Tube.

Histologisch: Schleimhaut in der Proliferationsphase. Myoma uteri. Endometriosis tubae et ovarii dextri.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 85.) 1949/323 op. M. M. 45 Jahre. I para II gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1925 Lap. Seit 9 Monaten starke, unregelmäßige Blutungen, einige Male Tröpfelblutungen in der Zwischenzeit.

Gyn. Befund: Uterus gut mannsfaustgroß, derb, beweglich, Adnexe frei.

Hb 60 %, Leuko 7300, BKS 18, T 37,3.

Operation: Adhaesiolysis. Supravaginale Amputation mit Zurücklassung der beidseitigen Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus. Schleimhaut in der Proliferationsphase. Adenomyosis interna uteri.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 86.) 1949/329 op. A. E. 35 Jahre. III para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/2 - 4 Tage. Seit einigen Monaten Schmerzen bei der Periode und fast täglich geringe Kleckerblutungen.

Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, derb, wenig beweglich. Parametrien stark verkürzt, links frei. Portio zerklüftet.

Hb 72 %, Leuko 4400, BKS 18, T 36,6.

Operation: Wertheim.

Histologisch: Carcinoma colli uteri. Schleimhaut in beginnender Sekretionsphase. Corpus luteum ovarii. Adenomyosis uteri.

Postoperativer Verlauf glatt. Rö-Nachbestrahlung.

- 87.) 1949/357 op. H. E. 47 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 7 Tage. Seit 1 Jahr unregelmäßige starke Blutungen. 1948 Abrasio, Progynon-, Proluton-Testovironinjektionen, ohne Erfolg.

Gyn. Befund: Uterus faustgroß, derb, gut beweglich. Adnexe, Parametrien frei.

Hb 41 %, Leuko 3400, BKS 18, T 36,4.

Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassung der beiderseitigen Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Schleimhaut in der Proliferationsphase.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 88.) 1949/358 op. W. S. 46 Jahre. V para VI gravida. Menarche 15 Jahre. Periode unregelmäßig 26 - 29/4 - 5 Tage. Seit 1 Jahr stärkere und längere Perioden. Jetzt Druck im Leib und ziehende Schmerzen.

Gyn. Befund: Uterus kindskopfgroß, derb, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.

Hb 74 %, Leuko 9700, BKS 9, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der rechtsseitigen Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus, Schleimhaut in der Sekretionsphase. Corpus luteum ovarii, Adenomyosis intern. Parovarialcyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 89.) 1949/375 op. M. P. 57 Jahre. IV para V gravida. Menarche 11 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit 3 Jahren in der Menopause. Seit 3 Monaten verschiedentlich Blutungen in Periodenstärke, keine Schmerzen, fühlt sich matt.

Gyn. Befund: Uterus gut faustgroß, anteflektiert, beweglich, derb. Umgebung frei.

Hb 76 %, Leuko 5700, BKS 15, T 36,3.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Belassung der rechtsseitigen Adnexe.

Histologisch: Thekazelltumor des linken Ovar. Adenomyosis interna. Cystisch-glanduläre Hyperplasie.

Postoperativ: Kindskopfgroße Resistenz. KW.

- 90.) 1949/391 op. M. H. 47 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 6 Wochen ständig geringe Blutung, Klumpen und Fetzen, nach Anstrengungen verstärkt. Keine Schmerzen. Probeexcision auswärts: Plattenepithel-Ca.

Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, anteflektiert, derb,

dextroponiert. Beide Parametrien infiltriert. An der Portio oberflächlicher Krater.

Hb 62 %, Leuko 7800, BKS 20, T 36,6.

Operation: Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung der beiderseitigen veränderten Adnexe.

Histologisch: Plattenepithel-Ca der Portio. Ausgedehnte Endometriosis uteri interna. Chronische Salpingitis. Schleimhaut in der Proliferation.

Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.

- 91.) 1949/410 op. E. A. 48 Jahre. V para V gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 1938 in der Menopause. Seit einiger Zeit Ausfluß, seit 3 Tagen Blutbeimengung. Ziehende Schmerzen im Abdomen rechts.

Gyn. Befund: Äußerer Muttermund in fingernagelgroßen Krater umgewandelt. Uterus normal groß, anteflektiert, derb. Rechts Parametrien etwas infiltriert.

Hb 704, Leuko 6800, BKS 27, T 37,2.

Operation: Vaginale Totalexstirpation mit beiderseitigen Adnexen.

Histologisch: Plattenepithel-Ca der Portio. Adenomyosis interna. Salpingitis chronica.

Postoperativer Verlauf glatt. Rö-Nachbestrahlung.

- 92.) 1949/419 op. G. S. 40 Jahre. II para II gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Vor 11/2 Jahren wegen angeblichem rechtsseitigem Ovarialtumor von der Scheide aus operiert, Mutterbänder verkürzt. Vor 8 Wochen starke Schmerzen im Unterleib, KW. Vor 4 Wochen Tumor fühlbar.

Gyn. Befund: Uterus normal groß, retroflektiert. Links und hinten cystischer, säuglingskopfgroßer, mit dem Uterus zusammenhängender Tu.

Hb 75 %, Leuko 8000, BKS 13, T 37,6.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der Tubo-ovarialcyste unter Belassung eines Teiles seines unteren Poles. Entfernung der Schleimhaut des zurückgebliebenen Cystenteiles, Adhaesiolysis. Bauchwandrekonstruktion.

Histologisch: Endometritis chronica. Adenomyosis uteri interna. Reste einer Tuboovarialcyste.

Postoperativ Fieber.

93.) 1949/521 op. A. W. 56 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Menopause mit 48 Jahren. Seit einiger Zeit Verhärtungen im Leib, Atembeschwerden und Schlaflosigkeit.

Gyn. Befund: Uterus scheint in der Mitte, aber man kann nicht sicher isolieren, kann auch Myom sein, wahrscheinlich Ovarialtumor.

Hb 88 %, Leuko 6200, BKS 2, T 36,2.

Internistische Vorbehandlung.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiderseitigen Adnexe.

Histologisch: Uterus myomatosus (Myoma multiplex uteri). Endometriosis ovarii.

Postoperativer Verlauf glatt.

94.) 1949/526 op. R. E. 41 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig 8 - 28/5 Tage. Schon immer unregelmäßige Perioden, seit 1 Jahr Kreuzschmerzen, auch zwischen den Perioden.

Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, derb, nach links oben apfelgroßer derber Tumor. Adnexe, Parametrien frei.

Hb 76 %, Leuko 4700, BKS 19, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation unter Belassung der beiderseitigen Adnexe.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Adenomyosis uteri interna. Uterus myomatosus.

Postoperativ Exsudat. KW.

95.) 1949/533 op. A. B. 38 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1936 Sterilisation. 1940 Narbendehiscens in der rechten Sterilisationsnarbe, nach 8 Tagen wieder verheilt. Seit dieser Zeit Brennen im Leib, welches sich nach der Periode verschlimmert und nach einigen Tagen wieder nachläßt.

Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert, derb, mäßig beweglich. Adnexe und Parametrien frei. Im rechten Leistenkanal pflaumengroße, druckschmerzhaft Resistenzenz.

Hb 80 %, Leuko 9200, BKS 7, T 37,0.

Operation: Exstirpation.

Histologisch: Endometriose der Inguinalgegend.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 96.) 1949/535 op. C. E. 42 Jahre. II para II gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Letzte Periode stärker als sonst, seitdem leichte Dauerblutung, die vor 3 Tagen stark wurde mit Abgang von Klumpen.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, derb, anteflektiert, beweglich. Rechts cystischer kindskopfgroßer Tumor. Parametrien o.B. Hb 78 %, Leuko 6100, BKS 25, T 37,0.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit beidseitigen Adnexen. Abrasio des Cervixstumpfes. Lösung von Adhaesionen.
Histologisch: Schleimhaut am Ende der Proliferationsphase. Uterus myomatosus. Endometritis et Salpingitis chronica. Teercyste in beiden Ovarien.
Postoperativ Stumpfxsudat. KW.
- 97.) 1949/546 op. M. S. 53 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre, Menopause 47 Jahre. Seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes, seit 5 Monaten Zunahme der Beschwerden. Beklemmungen am Herz, Rückenschmerzen.
Gyn. Befund: Abdomen von bis zum Rippenbogen reichendem, cystischem Tumor ausgefüllt. Uterus nicht sicher herauszutasten. Hb 65 %, Leuko 8500, BKS 78, T 36,5.
Operation: Supravaginale Amputation mit beiders. Adnexen.
Histologisch: Atrophische Uterusschleimhaut. Adenomyosis uteri int. Cystocarcinoma serosum ovariorum.
Postoperativ Bluttransfusion. RÖ-Nachbestrahlung.
- 98.) 1949/582 op. E. G. 38 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Zur Zeit der letzten Periode nur leichte Blutung. Vor 8 Tagen starke Leibschmerzen, nach Wärme Besserung und Blutabgang. Seitdem blutiger Ausfluß. Seit 2 Tagen starke Schmerzen, Erbrechen, Kollaps.
Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, normal groß, mittlere Konsistenz. Bewegung sehr schmerzhaft. Im Douglas teigige Resistenz, Douglas sehr empfindlich. Hb 64 %, Leuko 8900, BKS 22, T 37,6.
Operation: Keilexcision des isthmischen Uterusteiles rechts mit Entfernung der rechtsseitigen Tube.
Histologisch: Extrauterin gravidität. Endometriose.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 99.) 1949/584 op. R. G. 41 Jahre. II para IV gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig 20 - 30/3 Tage. Seit Ausschabung vor einem Jahr nach der Regel Brennen und Stechen im Leib. Letzte Blutung hört nicht auf.
Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, retrovertiert, sinistroniert, Umgebung ohne Resistenz. Blutung aus dem Muttermund.
Hb 61 %, Leuko 9600, BKS 30, T 36,3.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus von der Vagina aus. Exstirpation einer Retentionscyste rechts. Vordere Plastik.
Histologisch: Uterusschleimhaut in der Proliferationsphase, leichte Adenomyosis uteri.
Postoperativ ungeklärte Temperatur. Verlegung in die Med. Klinik.
- 100.) 1949/603 op. B. T. 49 Jahre. I para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 24/5 Tage. Seit 1 Jahr unregelmäßige und zum Teil verlängerte Blutungen. Ziehende Schmerzen im Unterleib. Seit 3 Monaten partielle Harninkontinenz.
Gyn. Befund: Säuglingskopfgroße, teilweise cystische Resistenz, mit dem Uterus zusammenhängend.
Hb 68 %, Leuko 6800, BKS 5, T 36,8.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit der linken Adnexe unter Belassung der rechten Adnexe.
Histologisch: Uterus myomatosus. Schleimhaut in der Proliferationsphase. Adenomyosis interna. Follikelcyste im Ovar.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 101.) 1949/486 kons. F. S. 29 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 10 Monaten Ovarialtumor, wurde bestrahlt. Am Tag der Aufnahme plötzlich ziehende Schmerzen im Unterbauch und Fieber.
Gyn. Befund: Uterus vergrößert, anteflektiert, beweglich. Rechts kindskopfgroße, weiche Resistenz.
Hb 85 %, Leuko 9000, BKS 47, T 38,0.
Operation: Entfernung beider Adnexe mit Zurücklassung eines kleinen Teiles gesunden Ovarialgewebes. Lösung der Adhaesionen.
Histologisch: Teercysten der Ovarien.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 102.) 1949/1 priv. M. E. 41 Jahre. VI para VII gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 1947 Regelblutung verlängert und stärker. April 1948 Abrasio, Juni 1948 Manchester.
- Gyn. Befund: Zustand nach Plastik, Portio amputiert. Uterus etwas vergrößert, derb, gestreckt, beweglich, Umgebung frei. Hb 65 %, Leuko 5600, BKS 20, T 36,9.
- Operation: Hohe supravaginale Amputation des Uterus mit Zurücklassen der Adnexe.
- Histologisch: Uterus myomatosus. Endometritis und Myometritis purulenta mit Abszeßbildungen. Adenomyosis uteri interna. Gutartiger Corpuspolyp.
- Postoperativer Verlauf glatt.
- 103.) 1949/9 priv. A. M. 38 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode unregelmäßig. 1940, 1947 Abrasio wegen azyklischer Blutung. Seit 6 Monaten metrorrhagische Blutungen, deshalb auswärts Abrasio.
- Histologisch: Ca corporis.
- Hb 66 %, Leuko 7000, BKS 25, T 37,4.
- Operation: Vaginale Totalexstirpation.
- Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Schleimhaut in der Sekretionsphase. Corpuspolypen.
- Postoperativer Verlauf glatt. Parametriennachbestrahlung.
- 104.) 1949/10 priv. I. S. 43 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/2 - 3 Tage. Seit 1 1/2 Jahren zunehmend krampfartige Unterleibsschmerzen. Kein Fieber, normaler Zyklus.
- Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, anteponiert, gestreckt. Hinter dem Uterus befindet sich eine harte Resistenz, die bis zum Douglas reicht und mit dem Uterus zusammenhängt. Speculum. Im hinteren Scheidengewölbe 2 je bohngroße Knötchen mit rauher Oberfläche (Endometriose).
- Hb 80 %, Leuko 6600, BKS 8, T 36,3.
- Operation: Hohe supravaginale Amputation. Appendectomie.
- Histologisch: Uterus myomatosus, Adenomyosis uteri interna. Schleimhaut in der Sekretionsphase.
- Postoperativer Verlauf glatt.

- 105.) 1949/98 priv. E. H. 36 Jahre. III para III gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 24/7 - 8 Tage. Fluor. Kreuzschmerzen beim Liegen und in der Bewegung.
Gyn. Befund: Uterus gestreckt. Hinter dem Uterus links tastet man ein vergrößertes, empfindliches Ovar, das linke Parametrium ist ebenfalls empfindlich. Rechte Adnexgegend o. B.
Hb 82 %, Leuko 6400, BKS 8, T 36,5.
Operation: Hohe Amputation mit Zurücklassung der beiderseitigen Adnexe. Kauterisieren der Portioerosion.
Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase, Adenomyosis interna.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 106.) 1949/132 priv. E. S. 46 Jahre. IV para VI gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1940 Plastik. Seit der letzten Periodenblutung besteht ein sanguinolenter Fluor. Zeitweise krampfartige Schmerzen zur Zeit der Periode.
Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, anteflektiert, Umgebung frei. Kleine Portioerosion.
Hb 72 %, Leuko 6600, BKS 18, T 36,8.
Operation: Vaginale Totalexstirpation durch Morcellement mit Zurücklassen der bds. Adnexe.
Histologisch: Schleimhaut in der Proliferationsphase. Adenomyosis uteri interna. Epidermisation und Retentionscysten in der Cervixschleimhaut.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 107.) 1949/156 priv. H. S. 53 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit einem Jahr haben sich die Intervalle der Regelblutung verkürzt, die Blutung ist stark. Zuweilen gegen Ende der Blutung Schmerzen im Kreuz.
Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, beweglich, auf 2-Faustgröße verdickt.
Hb 68 %, Leuko 7000, BKS 12, T 37,0.
Operation: Supravaginale Amputation mit den bds. Adnexen.
Histologisch: Multiple intramurale Fibromyome des Uterus, deutliche Hyperplasie des Endometriums, sogenannte chronische Metritis mit Endometriosis interna. Kleincystisch umgewandelte Ovarien.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 108.) 1949/165 priv. M. N. 40 Jahre. VI para VII gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Seit 6 Monaten langdauernde Menorrhagien keine Schmerzen, kein Fieber. Hb 66 %, Leuko 5900, BKS 14, T 37,1. Intrauterine Exploration: Beginnende Sekretionsphase. Nach 3 Monaten Wiederaufnahme. Immer noch starke Perioden.
Gyn. Befund: Uterus myomatosus.
Operation: Supravaginale Amputation unter Belassung der bds. Adnexe.
Histologisch: Schleimhaut in der Proliferation, mäßige Adenomyosis interna. Gutartiges Fibromyom.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 109.) 1949/284 priv. M. L. 43 Jahre. I para I gravida. Menarche 17 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Seit 2 Jahren ziehende Leib- und Kreuzschmerzen, die sich in letzter Zeit verstärkten. Kein Fieber, Druck nach unten.
Gyn. Befund: Myom und Prolaps.
Hb 76 %, Leuko 6500, BKS 9, T 36,5.
Operation: Supravaginale Amputation mit Zurücklassen des linken, äußerst adhaerenten endometrioiden Ovars.
Histologisch: Schleimhaut in der Proliferationsphase. Adenomyosis uteri interna. Endometriosis tubae et ovarii. Nachbehandlung mit insgesamt 125 mg Testoviron.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 110.) 1949/300 priv. E. S. 36 Jahre. 0 para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. 1946 in der Univ. Frauenklinik München eine Unterleibsentszündung festgestellt, mit Calcium behandelt. 1947 wurde ein linksseitiger Ovarialtumor festgestellt, seither Schmerzen im Unterleib, hauptsächlich rechts.
Gyn. Befund: Etwa apfelgroße Resistenz links.
Hb 76 %, Leuko 8000, BKS 17, T 37,4.
Operation: Adnexotomia sinistra.
Histologisch: Teercyste, Tube o. B.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 111.) 1949/354 priv. M. L. 39 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1936 Adnexitis links. Seit 6 Monaten starke Schmerzen während der Periode.
Gyn. Befund: Tumor im Bereich der rechten Adnexe.
Hb 78 %, Leuko 6200, BKS 12, T 36,8.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung der beiderseitigen Adnexe.
Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Adenomyosis uteri interna. Uterus myomatosus.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 112.) 1950/114 op. E. F. 42 Jahre. III para III gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 - 10 Tage. Seit 5 Monaten Kreuz- und Unterleibsschmerzen.
Gyn. Befund: Uterus in Streckstellung, derb, konzentrisch vergrößert, mäßig mobil. An der Hinterwand submucöser Knoten.
Hb 76 %, Leuko 7000, BKS 11, T 36,8.
Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der rechtsseitigen Adnexe.
Histologisch: Sekretionsphase. Perioophoritis, Teercyste des Ovars.
Postoperativer Verlauf glatt.
Wiederaufnahme nach 5 Monaten.
Gyn. Befund: Faustgroßer, cystischer Tumor im Douglas.
Operation: Salpingoophorectomia sin.
Histologisch: Tuboovarialcyste, an einigen Stellen der Tube Endometriose.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 113.) 1950/144 op. S. B. 40 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Vor 5 Jahren wegen Blutung hier in der Klinik; damals hühnereigroßer Tumor links festgestellt. KW. Seit 1 Jahr gelegentlich Stiche im Unterleib, seit 3 Monaten im Anschluß an Pyelitis Zunahme der Beschwerden.
Gyn. Befund: Hinter dem Uterus cystische Resistenz, wahrscheinlich von der linken Seite ausgehend.
Hb 70 %, Leuko 6600, BKS 8, T 36,4.
Operation: Ovariectomia sinistra. Ventrofixation nach Baldy-Franke.

Histologisch: Teercyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 114.) 1950/202 op. R. B. 43 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 8 Wochen bei Arbeit und Periode starke Unterleibs- und Kreuzschmerzen.

Gyn. Befund: Kindskopfgroße, wahrscheinlich vom Uterus ausgehende myomkonsistente Geschwulst, wenig beweglich, nicht schmerzhaft. Rechts im Fornix eine höckerige, derbkonsistente, wahrscheinlich im Douglas oder Parametrien liegende daumengroße Geschwulst.

Hb 80 %, Leuko 6400, BKS 13, T 37,7

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiders. Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Endometriosis ovarii bds. mit maligner Entartung in einer Seite in Form eines Adeno-Ca.

Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.

- 115.) 1950/205 op. L. B. 47 Jahre. IV para IV gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Vor 2 1/2 Jahren, 3 Monaten und 20 Tagen Curette. Vor 4 Monaten längere, stärkere Blutungen, Amenorrhoe bis vor kurzem, dann wieder Blutung. Ergebnis der letzten Curette: Glanduläre Schleimhauthyperplasie mit starkem Verdacht auf ein hochdifferenziertes Adeno-Ca.

Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, beweglich, normal groß. Adnexe und Parametrien bds. frei.

Hb 68 %, Leuko 8100, BKS 20, T 36,0.

Operation: Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung der bds. Adnexe.

Histologisch: Stark proliferative Hyperplasie der regenerierten Uterus-mucosa. Adenomyosis uteri interna. Walthardt'sche Knoten.

Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.

- 116.) 1950/207 op. H. Z. 54 Jahre. IV para IV gravida. Menarche 17 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Seit mehreren Jahren unregelmäßige Blutungen, bis zu einem Monat dauernd; Abgang von Klumpen.

Gyn. Befund: Uterus säuglingskopfgroß, auf der rechten Seite mit dem Uterus zusammenhängende, gänseeigroße, höckerige, harte Resistenz.

Hb 40 %, Leuko 14500, BKS 20, T 36,2.

Bluttransfusion, Eisen.

Operation: Supravaginale Uterusamputation mit beiden Adnexen.

Histologisch: Hyperplasie und Hypertrophie des Myometriums, Adenomyosis uteri interna, Glandulär-cystische Hyperplasie. Adenomyosis beider Tuben und Ovarien.

Postoperativ: Platzbauch, Peritonitis, Kreislaufversagen. Ante exitum heimgeholt.

- 117.) 1950/314 op. T. W. 41 Jahre. III para IV gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1939 und 41 hier Sectio. 1945 Abrasio, Myom. Seit 1945 unregelmäßige, verlängerte und verstärkte Periodenblutungen mit starken Schmerzen im Leib und Kreuz.

Gyn. Befund: Gut säuglingskopfgroßer Uterus myomatosus.

Hb 68 %, Leuko 8200, BKS 6, T 36,2.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Proliferationsschleimhaut. Adenomyosis uteri interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 118.) 1950/391 op. K. S. 49 Jahre. II para II gravida. Menarche 19 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit 6 Monaten unregelmäßige Blutungen, Abrasio: Schleimhauthyperplasie. Wurde ein Tumor festgestellt.

Gyn. Befund: Nicht wesentlich vergrößerter Uterus myomatosus, rechts vom Uterus im Douglas harter Tumor.

Hb 72 %, Leuko 5800, BKS 7, T 36,7.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der beiderseitigen Adnexe. Adhaesiolyse.

Histologisch: Proliferationsphase. Myoma uteri. Endometriosis tubarum et ovariorum.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 119.) 1950/473 op. B. C. 45 Jahre. I para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/7 Tage. Mit 26, 35 und 38 Jahren Ausschabung wegen Wucherungen in der Gebärmutter. Vor 6 Wochen starke Blutung, Abgang von dunklen Klumpen.
Gyn. Befund: Uterus gut faustgroß, anteflektiert. Umgebung frei. Flache Erosion.
Hb 45 %, Leuko 5600, BKS 30, T 36,3.
Operation: Totalexstirpation des Uterus mit beiden Adnexen.
Histologisch: Myoma uteri multiplex. Endometriosis ovarii links. Corpuspolypen mit Plattenepithelmetaplasien. Erosio glandularis.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 120.) 1950/530 op. D. N. 56 Jahre. IX para X gravida. Menarche 19 Jahre. Menopause 48 Jahre. 1947 Laparotomie. Seit 8 Tagen Blutung, Curette auswärts, wenig differenziertes Plattenepithel-Ca.
Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, normal groß, derb. Cervix aufgetrieben. Orificium extrenum erodiert. Umgebung frei.
Hb 72 %, Leuko 12600, BKS 6, T 37,0.
Operation: Erweiterte vaginale Totalexstirpation, Schuchhardt-schnitt.
Histologisch: Plattenepithel-Ca der Portio mit Lymphgefäß-metastasen in beiden Parametrien. Fibromyom. Adenomyosis uteri interna. Cystisch-glanduläre Hyperplasie.
Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.
- 121.) 1950/550 op. A. S. 41 Jahre. III para III gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1939 wegen Menorrhagien hier, nicht operiert. Seit 3 Monaten Stärkerwerden des Leibes bemerkt.
Gyn. Befund: Bis 3 qf unter den Rippenbogen reichender praller Tumor.
Hb 64 %, Leuko 6200, BKS 18, T 36,3.
Operation: Absetzen des Tumors. Supravaginale Amputation.
Histologisch: Polykystoma pseudomucinosum ohne Malignitätsverdacht. Geringe Adenomyosis uteri interna.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 122.) 1950/635 op. J. M. 46 Jahre. I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 - 7 Tage. Seit 3 Monaten sind die Periodenblutungen stärker mit Leibschmerzen.
Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, konzentrisch vergrößert, derb, beweglich, knollig, Adnexe o. B.
Hb 82 %, Leuko 5200, BKS 25, T 36,4.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe.
Histologisch: Myoma multiplex uteri. Nekrose eines Myomknotens. Proliferationsschleimhaut. Endometriosis ovarii et tubae mit Teercystenbildung im Ovar.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 123.) 1950/689 op. M. F. 53 Jahre. IV para IV gravida. Menarche 16 Jahre, Menopause 52 Jahre. 1932 wegen Gebärmutterensenkung Lap. Seit 8 Wochen ziehende Schmerzen im Unterbauch. Miktion o. B. Starke Obstipation. Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme, nachts Atemnot.
Gyn. Befund: Uterus dextrovertiert, anteflektiert, normal groß. Rechts mandarinengroßer, vom Uterus nicht absolut abgrenzbarer Tumor.
Hb 83 %, Leuko 5200, BKS 25, T 36,4.
Operation: Supravaginale Amputation unter Entfernung beider Adnexe.
Histologisch: Myoma uteri. Adenomyosis interna.
Postoperativ endogene Psychose.
- 124.) 1950/74 priv. A. H. 44 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Wegen starker Blutungen März 49 Abrasio, Oktober 49 Hormonspritzen.
Gyn. Befund: Myomatöser Uterus.
Hb 72 %, Leuko 6200, BKS 21, T 36,8.
Operation: Supravaginale Amputation unter Belassung der bds. Adnexe. Punktion einer Retentionscyste.
Histologisch: Adenomyosis interna mit beginnender sarkomatöser Entartung des Stroma. Salpingitis isthmica nodosa.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 125.) 1950/173 priv. M. N. 50 Jahre. III para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode unregelmäßig 3 - 4 Wochen/3 - 4 Tage. Seit einiger Zeit unregelmäßige Blutungen.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, links davon etwa kindskopfgroßer Tumor.
Hb 75 %, Leuko 8000, BKS 25, T 37,0.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus und Entfernung der rechten Adnexe. Entfernung einer kindskopfgroßen Ovarialcyste links.
Histologisch: Cystoma serosum des linken Ovars. Proliferierende Uterusschleimhaut, Ovarialendometriose.
Postoperativer Verlauf glatt.
Wiederaufnahme Dezember 1951.
Kreuzschmerzen, geringe Blutung. Stumpfe Exstirpation.
Histologisch: Keine Malignität.
- 126.) 1951/52 op. H. S. 33 Jahre. III para III gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 6 Tage. Seit der letzten Entbindung 1949 Kreuzschmerzen, besonders nach Heben.
Gyn. Befund: Uterus gut mannsfaustgroß, derb, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
Hb 73 %, Leuko 14600, BKS 10, T 36,6.
Operation: Cystektomie links, Resektion des rechten Ovars. Lösung von Adhaesionen.
Histologisch: Teercyste im Ovar. Waldhardt'sche Knoten. Parovarialcyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 127.) 1951/114 op. B. K. 44 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 17 Jahre. Periode unregelmäßig 21 - 28/3 Tage. Seit 2 Monaten heftige ziehende Schmerzen im Unterleib.
Gyn. Befund: Uterus gut faustgroß, derb, kugelig, beweglich. Links vom Uterus tastet man einen walnußgroßen derben Tumor. Adnexe bds. frei.
Hb 70 %, Leuko 6800, BKS 12, T 36,3.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Mitnahme der linksseitigen Adnexe.
Histologisch: Fibromyom, Sekretionsschleimhaut. Endometriosis

ovaril mit Schokoladencyste. Cystisch erweiterte embryonale Abschnürung des Müller'schen Epithels.
Postoperativer Verlauf glatt.

128.) 1951/147 op. A. B. 48 Jahre. IV para VI gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1932 Vorfalloperation. Seit 6 Monaten bei der Periode stark ziehende Schmerzen im Kreuz und Leib.

Gyn. Befund: Uterus nicht besonders groß, hochgezogen, wegen Empfindlichkeit konservative Behandlung.

Wiederaufnahme nach 2 Monaten.

Uterus knapp faustgroß, derb, anteflektiert. Im rechten Tubenwinkel große Vorwölbung.

Hb 80 %, Leuko 8800, BKS 10, T 36,2.

Operation: Adhaesiolysis. Supravaginale Uterusamputation unter Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Beginnende Sekretionsphase. Fibroadenomatöser Corpuspolyp. Adenomyosis uteri interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

129.) 1951/212 op. M. S. 43 Jahre. II para III gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1950 Mammaamputation und Nachbestrahlung wegen Ca. Seit 4 Wochen Dauerblutung.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, sinistroponiert. Von den linken Adnexen ausgehend kindskopfgroßer beweglicher Tumor.

Hb 75 %, Leuko 6500, BKS 8, T 36,3.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe und der linksseitigen Ovarialcyste.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Cystoma pseudomucinosum links. Follikelcyste und kleine Teercyste rechtes Ovar.

Postoperativ Pleuritis.

130.) 1951/273 op. M. S. 53 Jahre. VI para VI gravida. Menarche 16 Jahre. Menopause 50 Jahre. Seit 5 Wochen ziehende Schmerzen im Unterleib und Kleckerblutungen.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, Umgebung frei.

Hb 75 %, Leuko 5600, BKS 12, T 36,3.

Intrauterine Exploration: Glandulär-cystische Hyperplasie.

Operation: Chrobak mit Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Glandulär-cystische Hyperplasie. Adenomyosis uteri interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 131.) 1951/317 op. L. K. 46 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Bei der letzten Periode sehr starke Schmerzen, Pollikasurie.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, derb, faustgroß. Umgebung frei. Secundäre Anämie. Bluttransfusion.

Hb 55 %, Leuko 7200, BKS 58, T 36,4.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung bds. Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Proliferationsschleimhaut. Follikelcysten im Ovar.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 132.) 1951/363 op. M. S. 48 Jahre. I para VI gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 24/4 - 5 Tage. 1926 Interruptio mens VI wegen Placenta praevia. 1936 Operation wegen Cervix-portionriß. Seit 9 Monaten unregelmäßige, starke Blutungen. Curette auswärts: Glandulär-cystische Hyperplasie.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, anteflektiert, nach links gelagert. Rechts kleinf Faustgroß, derber Tumor, mit dem Uterus breitbasig verwachsen.

Hb 85 %, Leuko 10500, BKS 12, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation mit Resektion einer kirsch großen Ovarialcyste.

Histologisch: Uterus myomatosus, Adenomyosis uteri interna. Proliferationsschleimhaut.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 133.) 1951/83 priv. E. R. 50 Jahre. II para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/10 Tage. 1938 Mutterbandkürzung. 1947, 49 Abrasionen (Glandulär-cystische Hyperplasie). Seit einigen Tagen Blutung, Wachsen eines Myoms. Carcinophobie.

Gyn. Befund: Uterus myomatosus.

Hb 74 %, Leuko 6100, BKS 6, T 37,2.

Operation: Hohe supravaginale Amputation unter Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Adenomyosis uteri externa.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 134.) 1951/84 priv. M. K. 44 Jahre. IV para IV gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 25 - 28/6 - 8 Tage. 1948 Ventrofixation. Seit 10 Wochen unregelmäßige Blutungen, übelriechend. Stechen im Bauch.
Gyn. Befund: Metropathischer Uterus, antefixiert.
Hb 75 %, Leuko 7000, BKS 13, T 37,4.
Operation: Hohe supravaginale Amputation unter Belassung der bds. Adnexe.
Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Stark ausgebildete Sekretionsphase mit Stromaödem.
Postoperativ: Empfindlichkeit im rechten Unterleib.
- 135.) 1951/255 priv. H. G. 48 Jahre. I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode 28 - 30/3 - 5 Tage. 1931 Eierstocksentzündung. Seit 1 Jahr stärkere Blutungen, Leib wird dicker, Druck nach unten.
Gyn. Befund: Uterus anderthalbf Faustgroß, knollig, beweglich, Umgebung frei. Bohnengroßer, blutender Polyp im Muttermund.
Hb 72 %, Leuko 7400, BKS 17, T 37,2.
Polypabtragung: Gutartiger Cervicalpolyp.
Operation: Tiefe supravaginale Amputation mit Belassung der bds. Adnexe.
Histologisch: Myoma uteri multiplex, Adenomyosis uteri interna, Proliferationsphase.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 136.) 1952/351 op. E. K. 37 Jahre. II para II gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 - 7 Tage
Seit 1 Jahr Kreuzschmerzen, besonders in gebückter Haltung. Schmerzhaftes Obstipation.
Gyn. Befund: Großer Emmetriß. Uterus normal groß, retroflektiert, mobil, mittlere Konsistenz. Druck auf Hinterwand empfindlich. Umgebung frei.
Hb 76 %, Leuko 5400, BKS 6, T 36,8.
Operation: Ventrofixation nach Doleris. Enukleation einer pflaumengroßen Teercyste am rechten Ovar.
Histologisch: Teercyste, in deren Umgebung weitere endometrioiden Herde.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 137.) 1952/469 op. S. R. 41 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 19 Jahre. Periode 3 - 7 Wochen/6 - 7 Tage. 1934 Descensusoperation und Ausschabung. Seit 3 Monaten vor und nach der Periode starke Schmerzen, bei voller Blase starke Schmerzen.
Gyn. Befund: Säuglingkopfgroßer, harter Tumor.
Hb 80 %, Leuko 5500, BKS 18, T 36,7.
Operation: Supravaginale Amputation und Salpingoophorectomia sin. Adhaesiolysis.
Histologisch: Fibromyoma uteri multiplex. Adenomyosis uteri interna. Proliferationsschleimhaut. Follikelcysten im Ovar.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 138.) 1952/629 op. E. T! 52 Jahre. III para IV gravida. Menarche 14 Jahre. Seit 3 Monaten Abgang von Blut mit Klumpen. Steht bereits seit längerer Zeit in poliklinischer Beobachtung.
Gyn. Befund: Säuglingskopfgroßer Knoten, dem Uterus entsprechend.
Hb 75 %, Leuko 6000, BKS 7, T 36,7.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe. Lösung von Adhaesionen. Herniotomie.
Histologisch: Proliferationsschleimhaut. Leichte Adenomyosis uteri interna. Hyalinisierte Fibromyome. Hydrosalpinx.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 139.) 1952/635 op. A. R. 48 Jahre. III para III gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 5 Tagen Schmerzen in der linken Nierengegend und im Unterbauch.
Gyn. Befund: Bis 2 qf oberhalb des Nabels reichender, solider, anscheinend beweglicher Tumor, Uterus nicht getrennt auszu-tasten. Im Douglas tastet man pflaumengroßen, harten, beweglichen Tumorknoten.
Hb 64 %, Leuko 6800, BKS 20, T 36,9.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe.
Histologisch: Papilläres Ovarialkystom mit Nekrosen. Adenomyosis interna.
Postoperativer Verlauf glatt.

- 140.) 1952/714 op. H. M. 45 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/2 - 3 Tage. Seit einigen Wochen Nervosität. Letzte Periode verspätet eingetreten. In Poliklinik Uterus myomatosus festgestellt.
- Gyn. Befund: Uterus in mehrknolligen, faustgroßen Tumor verwandelt, nach rechts verlagert. Rechte Adnexe o. B. Links citronengroßer Tumor.
- Hb 79 %, Leuko 8100, BKS 4, T 36,2.
- Operation: Supravaginale Amputation des Uterus. Adnexotomia dextra.
- Histologisch: Uterus myomatosus. Teercyste. Proliferations-schleimhaut.
- Postoperativer Verlauf glatt.
- 141.) 1952/55 priv. F. J. 48 Jahre. II para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 29/3 - 4 Tage. Seit 2 Jahren Inkontinenz der Blase, die sich trotz Pessarbehandlung in letzter Zeit erheblich verschlechterte.
- Gyn. Befund: Uterus gestreckt, mit seiner linken Kante hängt eine faustgroße Resistenz zusammen. Descensus vaginae, partielle Harninkontinenz. Große Hämorrhoidalknoten.
- Hb 76 %, Leuko 5800, BKS 7, T 36,8.
- Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der linken Adnexe.
- Histologisch: Sekretionsphase. Myoma uteri. Adenomyosis uteri interna. Follikelcyste und cystisches Corpus luteum im Ovar.
- Postoperativer Verlauf glatt.
- 142.) 1952/120 priv. E. V. 42 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/7 Tage. 1950 Abrasio auswärts, nichts Malignes. Vor 4 Wochen wegen Leibschmerzen zum Arzt gegangen, der Adnextumor feststellte.
- Gyn. Befund: Uterus scheint links von der Mittellinie. Resistenz rechts davon.
- Hb 85 %, Leuko 7500, BKS 8, T 36,6.
- Operation: Salpingoophorectomia dextra. Myomenukleation.
- Histologisch: Teercyste. Tube o. B. neben der Tube kleine Parovarialcyste.
- Postoperativer Verlauf glatt.

- 143.) 1952/153 priv. M. G. 50 Jahre. III para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1943 Manchester. Seit 3 Tagen sehr starke Blutung mit erheblicher secundärer Anämie.
Gyn. Befund: Im kleinen Becken, dem Uterus entsprechend, mehrhöckeriger solider, gut säuglingskopfgroßer Tumor, unterer Pol ragt tief in die Scheide. Speculum: Rechtsseitiger Cervixknoten, starke Blutung. Starke secundäre Anämie, Bluttransfusion. Hb 31 %, Leuko 13400, BKS 30, T 36,4.
Operation: Entfernung des unteren nekrotischen Poles des cervicalen Myoms per vaginam. Abdominale Totalexstirpation mit ENUCLEATION des intraligamentären Knotens und Entfernung beider Adnexe. Adhaesiolysis.
Histologisch: Myoma multiplex uteri. Schleimhautpolyp des Corpus. Proliferationsschleimhaut. Follikelcyste und Endometriose in Ovarien. Mesosalpinxcysten (Kernreichtum des Myoms, Beobachtung!).
Postoperativer Verlauf glatt.
- 144.) 1953/101 op. A. B. 47 Jahre. III para III gravida. Menarche 13 Jahre. Periode 28/8 - 10 Tage. 1937 Plastik. Seit einem Jahr unregelmäßige Blutungen, seit 5 Wochen Dauerblutung.
Gyn. Befund: Im linken Muttermundwinkel kirschkerngroßer Polyp. Uterus gut faustgroß, anteflektiert, derb, mobil, Umgebung frei. Intrauterine Exploration: Proliferationsschleimhaut, gutartiger Cervikalpolyp, Fibroepitheliom.
Hb 82 %, Leuko 4000, BKS 5, T 36,0.
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung der bds. Adnexe.
Histologisch: Uterus myomatosus, Adenomyosis uteri interna. Sekretionsschleimhaut; gutartiger Corpuspolyp.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 145.) 1953/102 op. E. B. 44 Jahre. II para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1946, 1950, 1952 Curette. Seit 10 Tagen Dauerblutung.
Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, anteflektiert, beweglich, Umgebung frei.
Hb 84 %, Leuko 4400, BKS 8, T 37,3.
Intrauterine Exploration: Proliferationsschleimhaut.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Leichte Adenomyosis uteri interna. Proliferations-schleimhaut.

Postoperativer Verlauf glatt.

146.) 1953/416 op. R. H. 44 Jahre. III para III grvida. Menarche 10 Jahre. Periode unregelmäßig 18 - 20/3 - 4 Tage. Seit 2 Jahren Schmerzen im rechten Unterbauch, in letzter Zeit Völlegefühl, Obstipation und Ausfluß.

Gyn. Befund: Normal großer Uterus in Retroflexion. Rechts und hinter dem Uterus walnußgroße, solide Resistenz.

Hb 80 %, Leuko 6600, BKS 35, T 36,6.

Operation: Salpingoophorectomia dextra.

Histologisch: Schokoladencyste, Luteincyste und Follikelcysten im Ovar, chronische Salpingitis.

Postoperativer Verlauf glatt.

147.) 1953/591 op. J. K. 29 Jahre. O para I grvida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 - 7 Tage. Seit 4 Monaten außerhalb der Perioden geringe Abgänge von Blut. Ausschabung auswärts. Hoch-differenziertes Adeno-Ca.

Hb 65 %, Leuko 7600, BKS 26, T 37,0.

Operation: Erweiterte abdominale Totalexstirpation des Uterus nach Wertheim.

Histologisch: Carcinomatöse Entartung eines endometrioiden Polsters im rechten interstitiellen Tubenteil. Metastasen im rechten Ovar infolge retrograder canaliculärer Verschleppung. Drüsencarcinom mit Schleimbildung.

Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.

148.) 1953/653 op. K. H. 45 Jahre. I para I grvida. Menarche 18 Jahre. Periode unregelmäßig 3 - 4 Wochen/1 Tag. Seit 5 Jahren starke Kopf- und Leibschmerzen während der Periode. Seit 4 Tagen Schmerzen im rechten Unterbauch.

Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, nach links gelagert. Rechts vom Uterus tastet man apfelgroßen, mit Gewebe zusammenhängenden Tumor.

Hb 78 %, Leuko 10900, BKS 40, T 36,4.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe.

Histologisch: Große Corpus luteum-Cyste im rechten Ovar.
Salpingitis chronica rechts. Endometriosis des linken Ovars.
Schleimhaut in Sekretionsphase.
Postoperativer Verlauf glatt.

149.) 1953/744 op. F. S. 49 Jahre. I para I gravida. Menarche 17 Jahre.
Periode regelmäßig 28/3 Tage. 1932 Sectio hier. Vor 6 Monaten
6 wöchentliche Blutung, Leib wurde immer stärker.

Gyn. Befund: Im Leib mehrknolliger, bis über den Nabel reichender Tumor mit Ascites.

Hb 43 %, Leuko 19200, BKS 85, T 37,0.

Bluttransfusion.

Operation: Adhaesiolysis. Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe bzw. der Parovarialcyste.

Histologisch: Parovarialcyste rechts. Adenomyosis uteri interna. Corpuspolyp mit stark prolif. Drüsen. Follikelcyste im anderen Ovar. Proliferationsschleimhaut.

Postoperativer Verlauf glatt.

150.) 1953/754 op. A. E. 41 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 29/4 Tage. Seit 6 Wochen Kreuzschmerzen, seit 14 Tagen Pollakisurie.

Gyn. Befund: Säuglingskopfgroßer myomatöser Uterus mit freier Umgebung.

Hb 80 %, Leuko 4800, BKS 6, T 36,8.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung bd. Adnexe.

Histologisch: Myoma uteri, Adenomyosis uteri interna.

151.) 1953/759 op. L. B. 44 Jahre. O para O gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 Tage, 1940 Ventrofixation. Seit einem Jahr kurze menses. Seit 14 Tagen kolikartige Schmerzen im Unterleib.

Gyn. Befund: Im Becken gut säuglingskopfgroßer Tumor, mäßig beweglich.

Hb 75 %, Leuko 10500, BKS 81, T 38,0.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der bds. Adnexe. Adhaesiolysis.

Histologisch: Carcinomatös entartetes, multiloculäres seröses

Ovarialcystom, Teercyste im anderen Ovar. Proliferationsschleimhaut.

Postoperativer Verlauf glatt. Nachbestrahlung.

- 152.) 1953/39 priv. M. L. 41 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 26/5 - 6 Tage. Vor 2 Monaten hier Myom festgestellt. Jetzt mit Beginn der Regel krampfartige Schmerzen im Unterbauch. Erbrechen, geblähter Leib, kein Stuhlgang, Fieber.
Gyn. Befund: Kein sicherer Tastbefund zu erheben, links von Mittellinie Resistenz.
Hb 65 %, Leuko 1400, BKS 35, T 38,3.
Verlegung auf Chirurgie. Subileus, konservative Behandlung. Zurückverlegung. Befund unverändert. Nach Entfieberung
Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexen.
Histologisch: Uterus myomatosus. Proliferationsschleimhaut. Endometriosis ovarii mit Teercyste. Dermoidcyste in einem Ovar.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 153.) 1954/60 op. B. B. 47 Jahre. V para V gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 Tage. Mit 6 Jahren Peritonitis. Seit 6 Monaten sanguinolenter Ausfluß. Vor einem Monat 3 x mehr-tägige Blutungen. Descensus mit partieller Harninkontinenz.
Gyn. Befund: Uterus etwas vergrößert, anteflektiert, Umgebung frei. Links gut walnußgroße, solide Resistenz. Mäßiger Descensus, kleiner Cervikalpolyp.
Hb 60 %, Leuko 8600, BKS 50, T 36,2.
Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung bd. Adnexe.
Histologisch: Myoma uteri. Endometriosis uteri interna. Follikelcyste im linken Ovar. Sekretionsschleimhaut. Gutartiger Cervikalpolyp.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 154.) 1954/220 op. H. Z. 46 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 1 Jahr Ausfluß, Druckgefühl nach unten, partielle Harninkontinenz.
Gyn. Befund: Uterus normal, anteponiert, eleviert. Hinter dem Uterus gut säuglingskopfgroße schlaffcystische Resistenz.

Blutung ex utero, mäßiger Descensus.

Hb 65 %, Leuko 8400, BKS 12, T 36,7.

Operation: Supravaginale Amputation, Entfernung beider Adnexe. Vordere und hintere Plastik.

Histologisch: Proliferationsschleimhaut. Adenomyosis uteri interna. Parovarialcyste.

Postoperativer Verlauf glatt.

155.) 1954/253 op. R. W. 39 Jahre. II para II gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 27/3 Tage. 1946 Curette: Glandulär-cystische Hyperplasie. Seit 10 Tagen Dauerblutung.

Gyn. Befund: Uterus faustgroß, anteflektiert, beweglich, Umgebung frei.

Hb 80 %, Leuko 14400, BKS 12, T 37,2.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus. Adnexotomia dextra, Salpingektomia sinistra.

Histologisch: Myoma uteri. Endometriosis der Mesosalpinx, Teercyste des rechten Ovars.

Postoperativer Verlauf glatt.

156.) 1954/288 op. E. R. 45 Jahre. IV para V gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1944 hier wegen Pyosalpinx bds. Probelaap. Seit 1 Jahr unregelmäßige Perioden, sehr starke Blutung.

Gyn. Befund: Uterus 1 1/2 faustgroß, anteflektiert, leicht gebunden. Umgebung frei. Hintere Muttermundlippe aufgetrieben, erodiert und leicht blutend.

Hb 56 %, Leuko 7800, BKS 18, T 37,2.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe. Adhaesiolyse.

Histologisch: Chronisch produkt. Salpingitis bds. Endometriosis in den Verwachsungen.

Postoperativ Exitus an Peritonitis.

157.) 1954/496 op. A. V. 47 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. 1941 Abrasio. Schon immer starke Perioden. Seit 6 Monaten Zunahme des Leibes.

Gyn. Befund: Bis handbreit unterhalb des Nabels reichender, besonders nach links ausladender Uterus myomatosus.

Hb 60 %, Leuko 12200, BKS 75, T 37,2.

Bluttransfusion.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der rechtsseitigen Adnexe.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Nekrose in einem Myomknoten. Proliferationsschleimhaut. Cortikale Abschnürungscysten und eine Teercyste im rechten Ovar. Grobpapilläres, seröses Kystom im rechten Ovar.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 158.) 1954/790 op. M. H. 47 Jahre. III para III gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1942 Plastik, 1949 Appendektomie, 1953 Probeexcision und anschließend Verschorfung. In letzter Zeit zunehmend Schmerzen im Unterleib und im Kreuz.
Gyn. Befund: Uterus gut faustgroß, knollig, derb, anteflektiert, beweglich, Umgebung frei.

Hb 68 %, Leuko 9500, BKS 30, T 37,1.

Intrauterine Exploration: Proliferierende Corpusmucosa.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Mitnahme der bds. Adnexe.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Teercysten in beiden Ovarien. Chronische Salpingitis bds.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 159.) 1954/43 kons. H. L. 38 Jahre. I para I gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Nervenkrank. Die letzten zwei Perioden waren sehr schmerzhaft, anschließend Kleckerblutungen. Auch außerhalb der menses Schmerzen im Unterleib.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, derb, gebunden. Beiderseits neben dem Uterus ziemlich tief tastet man je eine mandarinengroße, mäßig empfindliche Resistenz. Zunächst KW. Keine Veränderung des Befundes.

Hb 80 %, Leuko 5700, BKS 13, T 36,7.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung beider Adnexe. Adhaesiolysis.

Histologisch: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Endometriosis uteri externa. Endometriosis ovariorum.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 160.) 1954/454 kons. M. B. 44 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 24/4 - 5 Tage. Seit 2 Monaten wegen Uterus myomatosus und Cervicitis in Behandlung. Vor einigen Monaten Curette. Venenentzündung. Seit einigen Tagen Fieber und Leibschmerzen.
- Gyn. Befund: Uterus nicht sicher auszutasten, scheint anteponiert und eleviert zu sein. Rechte Adnexgegend wesentlich verdickt und empfindlich. Links und hinter dem Uterus ein bis zum Nabel reichender, empfindlicher Tumor, der sich nicht hart anfühlt. Untere Pol reicht bis zum Douglas.
- Hb 75 %, Leuko 9500, BKS 121, T 38,2.
- Wärme, KW.
- Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung beider Adnextumoren bzw. der linksseitigen vereiterten Parovarialcyste. Lösung der Adhaesionen. Serosanahut an einer Dünndarmschlinge.
- Histologisch: Doppelseitige Teercysten mit chronischer Entzündung. Chronische Salpingitiden. Tubenendometriose. Fibromyom des Uterus.
- Postoperativer Verlauf glatt.
- 161.) 1954/485 kons. E. S. 21 Jahre. O para O gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 - 7 Tage. Seit 1 Jahr Schmerzen im Unterbauch bds. besonders stark während der Periode.
- Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert, hart, mobil. Umgebung rechts empfindlich, links ebenfalls. Links besteht ein kastaniengroßer Adnextumor.
- Hb 90 %, Leuko 7300, BKS 8, T 37,1.
- KW, Bäder.
- 8 Wochen nach Entlassung erneut starke Unterleibsschmerzen. Links orangengroße derbe Resistenz.
- Operation: Adnextomia sinistra.
- Histologisch: Alte Schokoladencyste. Im Ovarialrest mehrere cystische Follikel.
- Postoperativer Verlauf glatt.
- 162.) 1954/81 priv. M. K. 46 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 26/3 - 6 Tage. Vor 6 Monaten Knollen im Leib bemerkt, der größer wurde.
- Gyn. Befund: Mäßig beweglicher, säuglingskopfgroßer Ovarialtumor rechts zu tasten.

Hb 86 %, Leuko 6300, BKS 4, T 36,6.

Operation: Hohe supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Grobpapilläres Kystom des Ovars. Endometriose im anderen Ovar. Proliferationsschleimhaut. Postoperativer Verlauf glatt.

163.) 1954/313 priv. S. S. 48 Jahre. I para I gravida. Schon immer starke Regelblutung, seit 2 Monaten Kleckerblutung.

Gyn. Befund: Faustgroßer Uterus. Links davon weiche Resistenz. Hb 75 %, Leuko 5500, BKS 61, T 36,3.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung der bds. Adnexe. Polypabtragung und Adhaesiolysis.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Endometriose beider Ovarien mit einer größeren Teercyste. Fibroadenomatöser Corpus- und Cervixpolyp. Postoperativer Verlauf glatt.

164.) 1955/63 op. A. Z. 41 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 Tage. Vor 3 Monaten Fieber, entzündlicher Tumor im Unterbauch festgestellt.

Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert. Links und hinter dem Uterus gebundene, gut faustgroße, wahrscheinlich cystische und nicht empfindliche Resistenz.

Hb 89 %, Leuko 5100, BKS 18, T 36,4.

Operation: Exstirpation der Cyste mit den beiden Tuben. Lösung von Adhaesionen.

Histologisch: Alte Teercyste. Subacute Salpingitis. Postoperativer Verlauf glatt.

165.) 1955/76 op. M. H. 49 Jahre. III para V gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1933 Operation wegen Gebärmuttertumor. Auf der rechten Seite im Unterleib stechende Schmerzen vor allem bei Bewegung. Starke Müdigkeit.

Gyn. Befund: 2-faustgroßer, mehrknolliger Tumor.

Hb 86 %, Leuko 15500, BKS 33, T 36,6.

Operation: Abdominale Totalexstirpation mit Entfernung eines intraligamentären Tumors rechts und der rechten Adnexe. Lösung von Adhaesionen mit dem unteren Ileum.

Histologisch: Uterus myomatosus. Adenomyosis interna.

- Postoperativer Verlauf glatt.

- 166.) 1955/78 op. T. S. 51 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Menopause 45 Jahre. 1925 Sectio. 1943 Curette wegen Krebsverdacht. Seit 10 Wochen Dauerblutung, häufiger Harndrang.
Gyn. Befund: 2-faustgroßer, derber, dem Uterus entsprechender Genitaltumor.
Hb 97 %, Leuko 6700, BKS 5, T 36,4.
Intrauterine Exploration: atrophisches Endometrium.
Hypertoniebehandlung.
Operation: Supravaginale Amputation unter Entfernung der bds. Adnexe und der linken Dermoidcyste. Lösung von Adhaesionen.
Histologisch: Adenomyosis uteri interna. Dermoidcyste.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 167.) 1955/127 op. A. L. 52 Jahre. IX para IX gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 5 Tage. Seit 4 Monaten Dauerblutung.
Curette: Hyperplasie.
Gyn. Befund: Neben normal großem, nach rechts verlagertem Uterus gut apfelgroßer, solider Tumor.
Hb 48 %, Leuko 4200, BKS 26, T 36,8.
Bluttransfusion.
Operation: Vaginale Totalexstirpation des Uterus mit den beiden Adnexen.
Histologisch: Adenomyosis uteri interna.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 168.) 1955/181 op. E. K. 32 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Seit 5 Monaten zunehmende Schmerzen im Unterleib während der Menses, Kopfschmerz, Übelkeit.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert, beweglich. Umgebung links frei, rechts neben dem Uterus mandarinengroße, empfindliche, gebundene, harte Resistenz.
Hb 84 %, Leuko 6400, BKS 28, T 36,8.
KW, resorptive Behandlung, Besserung. Auf dringenden Wunsch der Pat.
Operation: Entfernung der rechten Adnexe und der linken Tube.
Histologisch: Alte Teercyste. Endometriose in der Mesosalpinx.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 169.) 1955/318 op. E. P. 43 Jahre. III para V gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. 1934 Ventrofixation. 1939 Blutung post partum, Abrasio. 1941 konservative Behandlung wegen fraglicher abgestorbener Tubargravidität. Seit 8 Monaten partielle Harninkontinenz, Gewichtsabnahme.
Gyn. Befund: Kleiner, myomatöser Uterus, Umgebung frei, mäßiger Descensus.
Hb 83 %, Leuko 6600, BKS 7, T 36,2.
Operation: Hohe supravaginale Amputation des Uterus unter Belassen der bds. Adnexe, vordere und hintere Plastik mit Raffung des periurethralen Bindegewebes.
Histologisch: Sekretionsphase. Leichte Adenomyosis uteri interna.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 170.) 1955/399 op. E. M. 37 Jahre. II para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode 28 - 30/3 - 5 Tage. Vor einigen Monaten bräunlicher Ausfluß, Lokalbehandlung. Jetzt wurde Resistenz im Unterbauch festgestellt.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, anteflektiert, stark dextroponiert, beweglich. Links gebundene, kleinf Faustgroße, schlaff-cystische Resistenz.
Hb 78 %, Leuko 5200, BKS 7, T 36,6.
Operation: Adnexotomia sinistra.
Histologisch: Endometrioider Cyste des Ovars.
- 171.) 1955/422 op. G. W. 49 Jahre. V para VII gravida. Vor 5 Jahren wegen Gebärmuttererschaffung operiert. In den letzten Jahren Leibeszunahme. Seit 3 Wochen Blutung mit Rückenschmerzen.
Gyn. Befund: Uterus gut mannsh Faustgroß, anteflektiert, mehrknollig, derb.
Hb 70 %, Leuko 7300, BKS 20, T 36,2.
Intrauterine Exploration: Schwangerschaftsdecidua mit regressiven Veränderungen.
Operation: Totalexstirpation des Uterus unter Mitnahme der bds. Adnexe. Mikulicz-Tamponade.
Histologisch: Myoma multiplex, Adenomyosis interna.
Postoperativer Verlauf glatt.

172.) 1955/486 op. P. S. 40 Jahre. III para III gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit 3 Monaten fleischwasserfarbener Fluor, der zum Zeitpunkt der menses stärker wird.

Gyn. Befund: Uterus in neugeborenenkopfgroßen, höckerigen, derben Tumor umgewandelt, der mobil ist.

Hb 82 %, Leuko 6300, BKS 15, T 36,7.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Exstirpation der bds. Adnexe. Abtragung eines Dünndarmdivertikels.

Histologisch: Schokoladencyste rechts, Ovarialendometriose links.

Postoperativer Verlauf glatt.

173.) 1955/498 op. K. R. 37 Jahre. 0 para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. 1954 Appendektomie. Seit 14 Tagen starke Kreuzschmerzen und Leibschmerzen in der Blasen-
gegend.

Gyn. Befund: Knapp 2-faustgroßer Tumor, aus dem der Uterus nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist.

Hb 77 %, Leuko 7900, BKS 10, T 36,1.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus unter Belassung der bds. Adnexe.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Adenom yosis uteri interna. Postoperativ kleines Stumpfsudat.

174.) 1955/102 kons. K. G. 47 Jahre. V para VII gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 10 Tagen Dauerblutung. Starke Schmerzen in der Leistengegend rechts.

Gyn. Befund: Uterus faustgroß, derb, beweglich, Umgebung frei.

Hb 72 %, Leuko 9600, BKS 49, T 36,8.

Intrauterine Exploration: Proliferierende Corpusmucosa, normales Plattenepithel aus der Portio.

Operation: Totalexstirpation unter Mitnahme beider Adnexe.

Histologisch: Myoma uteri nekroticans. Sehr starke Epidermisation der Cervixschleimhaut. Proliferationsschleimhaut. Leichte Adenomyosis uteri interna.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 175.) 1955/88 priv. E. B. 42 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre
Periode regelmäßig 28/3 Tage. Pat. tastete vor 8 Tagen einen
Tumor.

Gyn. Befund: Uterus myomatosus.

Hb 70 %, Leuko 6200, BKS 10, T 37,0.

Operation: Supravaginale Amputation des Uterus mit Entfernung
der bds. Adnexe bzw. Schokoladencysten.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Alte Schokoladencysten in
den Ovarien. Sekretionsschleimhaut. Frisches Corpusluteum in
einem Ovar.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 176.) 1955/138 priv. E. S. 49 Jahre. O para O gravida. Nach 3-monatiger
Amenorrhoe starke Blutung.

Gyn. Befund: Uterus myomatosus, Nabelhernie.

Hb 88 %, Leuko 9400, BKS 11, T 36,6.

Operation: Supravaginale Amputation mit Entfernung der bds.
Adnexe. Appendektomie, Herniotomie, Adhaesiolysis.

Histologisch: Myoma multiplex uteri. Doppelseitige Teercysten in
beiden Ovarien.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 177.) 1955/246 priv. A. H. 31 Jahre. II para II gravida. Mit 12 Jahren
Appendektomie. Seit längerer Zeit Schmerzen im linken Unterbauch,
die zugenommen haben.

Gyn. Befund: Chronische Salpingitis bds.

Hb 82 %, Leuko 6400, BKS 6, T 36,5.

Operation: Lösung der Adhaesionen. Salpingoophorectomia dextra.
Salpingectomy sinistra. Excision der linksseitigen Teercyste.

Histologisch: Schokoladencyste rechts, kleinere Schokoladen-
cyste links.

Postoperativer Verlauf glatt.

- 178.) 1935/280 op. L. B. 40 Jahre. O para O gravida. Menarche 13 Jahre.
Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Seit 8 Wochen 8 Tage vor und
während der Periode Schmerzen und Absonderung einer fleisch-
wasserähnlichen Flüssigkeit.

Gyn. Befund: Im hinteren Scheidengewölbe einige knapp erbsen-
große, tumorartige, sich derb anfühlende Vorwölbungen, von denen
eine etwas glasig aussieht.

Hb 74 %, Leuko 6400, BKS 15, T 37,1.

Intrauterine Exploration: An der Uterushinterwand ein ins Uteruslumen vorspringender glatter, derber Tumor zu tasten. Curettage unter Umgehung des Tumors. Eines der Knötchen wird zur histologischen Untersuchung ausgeschält.

Histologisch: Glanduläre Hyperplasie. Bei dem excidierten Stück handelt es sich um Endometriose.

Rö-Dauermernolyse und Behandlung mit Tabletten.

79.) 1936/357 op. H. M. 27 Jahre. 0 para I gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Seit 2 Monaten Blutung, krampfartige Schmerzen, Fieber.

Gyn. Befund: Im hinteren Fornix hahnenkammähnliche Wucherung mit blauroten Stellen (Cysten?). Uterus in Streckstellung, etwas vergrößert, weich, etwas dextrovertiert. Rechtes Parametrium straff verdickt, linkes frei. Adnexe frei. Hinter der Cervix kleinhöckerige, scharf umschriebene druckempfindliche Resistenz. Hb 58 %, Leuko 8400, BKS 22, T 38,0.

Auf Streptuzon Temperaturabfall. Ausräumung und Probeexcision aus dem hinteren Fornix.

Histologisch: Abortreste, Endometriose.

Entlassung bei Wohlbefinden. Da die Endometriose z.Zt. keine Beschwerden macht, bedarf sie keiner weiteren Behandlung.

180.) 1936/552 op. R. K. 38 Jahre. Menarche 15 Jahre. 0 para 0 gravida. Periode regelmäßig 28/3 - 4 Tage. Keine Beschwerden. Kommt in die Klinik, da 11 Jahre steril verheiratet.

Gyn. Befund: Uterus in Mittelstellung, anteflektiert, aufrichtbar, beweglich. Von der Cervixhinterwand zieht ein Strang nach rechts hinten, der einige Verdickungen aufweist. In der Vorderwand des Rectum fühlt man einen haselnußgroßen Knoten. Schleimhaut darüber anscheinend intakt. Isoliert von diesem Strang fühlt man beide Adnexe. Endometriose?

Hb 79 %, Leuko 6300, BKS 8, T 36,6.

Perflatio und Hysterosalpingographie: Tuben beiderseits durchgängig.

Wiederaufnahme im November 1938. Seit einigen Monaten zweitweise starke Schmerzen im Unterleib, seit 14 Tagen schmerzhafte Blähungen, der Leib wurde ganz hart. Wird von der Medizinischen

Klinik wegen eines von außen auf das Rectum einwirkenden stenosierenden Prozesses hierherverlegt.

Gyn. Befund: Uterus knapp hühnereigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Adnexe beiderseits ohne tastbare Veränderungen. Hinter dem Uterus im Bereich des Douglasbodens finden sich 3 - 4 erbsen- bis haselnußgroße Knoten, die derb und empfindlich sind und den Darm vorwölben, aber die Schleimhaut des Rectums intakt lassen. Endometriose. Rectoskopie: In 12 cm Tiefe Einengung des Lumens durch einen Tumor von außen.

Operationsbefund: Hinter dem Uterus, am Übergang vom Sigma ins Rectum hühnereigroßer, derber, entzündlicher Tumor, Dickdarm dort verbacken, an Berührungsstellen Granulationsgewebe von hellroter Farbe. Adnexe normal. Linkes Ligamentum sacrouterinum knotig verdickt.

Aus Granulationsgewebe Excision: Fibrin und Blut.

Postoperativer Verlauf glatt.

Wiederaufnahme am 15. 5. 39. Seit 8 Wochen nach der Operation wieder Schmerzen.

Gyn. Befund: Im Douglas, das Rectum vorwöl bend, mindestens 3 bis kirchgroße, harte Knoten.

Therapie: Einläufe, Abführen.

Beschwerdefrei entlassen.

Wiederaufnahme am 31. 5. 39. Starke Leibschmerzen, wenig Stuhlgang. Subileus. Einlauf, Darmrohr, Prostigmin. Im Urin $\bar{Z} +$, Verlegung in die Med. Klinik. Hungeracetonurie. Verlegung in die Chirurg. Klinik.

Operation: Im kleinen Becken neben mehreren kirschgroßen ein apfelgroßer Tumor, nicht sicher abzugrenzen. Anus praeter.

Am 25. 1. 40 Genitalbefund wie oben, aber unempfindlich.

Rö-Bewellung.

181.) 1937/212 op. K. M. 37 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 17 Jahre. Periode regelmäßig 24/3 - 4 Tage. Seit 3 Tagen kurz vor und während der Periode starke ziehende Schmerzen im Leib und Kreuz. Seit dieser Zeit Brennen und Stechen beim Stuhlgang.

Gyn. Befund: Erosio portionis. Cervixpolyp. Uterus hühnereigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei. Im hinteren Scheidengewölbe tastet man eine derbe, höckerige Resistenz.

Hb 90 %, Leuko 5200, BKS 52, T 36,4.

Aus dem hinteren Scheidengewölbe wird eine Probeexcision unter Mitnahme des größten Anteiles des Tumors vorgenommen.

Histologisch: Endometriose.

Beschwerdefrei entlassen.

182.) 1937/226 op. Z. H. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 25/4 - 5 Tage. Schon immer mit Schmerzen verbunden. Seit einem 1/2 Jahr auch außerhalb der Periode Schmerzen im Kreuz von ziehend-stechendem Charakter. Secundäre Sterilität.

Gyn. Befund: Uterus hühnereigroß, derb, anteflektiert, frei beweglich. Adnexe nicht zu tasten. Im hinteren Scheidengewölbe tastet man ein derbes, erbsengroßes Knötchen. Desc. vag. III^o.

Hb 72 %, Leuko 5900, BKS 9, T 36,3.

Abrasio fördert reichlich Material. Innerer Muttermund deutlich rigide. Probeexcision wird abgebrochen, da man zu nahe an das Rectum kommt.

Histologisch: Endometrium in beginnender Funktion ohne Besonderheiten.

Beschwerdefrei entlassen.

183.) 1938/226 op. H. B. 48 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Seit 2 Jahren Amenorrhoe. 1931 auswärts operiert, Ursache unbekannt. In der Bauchnarbe entwickelte sich eine Endometriose. Deswegen 1936 und 1937 operiert. 1937 Mammaamputation. Jetzt starke Schmerzen in Scheide und Unterleib.

Gyn. Befund: Status anscheinend nach Uterusamputation. Schmerzhaftigkeit der Querschnittsnarbe. Dort derbe Stelle, die druckempfindlich ist. Narbige Verhärtung innerhalb der Bauchdecken-narbe.

Hb 76 %, Leuko 6300, BKS 7, T 36,8.

Therapie: Sitzbäder, Psychotherapie.

184.) 1938/251 op. M. R. 29 Jahre. II para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1928 Appendektomie. Seit 5 Jahren schmerzhaftes menses, die sich in der letzten Zeit verstärkten. Im linken Unterbauch ein Tumor bemerkt.

Gyn. Befund: Uterus hühnereigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Rechte Adnexe ohne tastbare Veränderung, linke Adnexe

verdickt. Ovar daumengliedgroß, wenig beweglich. Periadnexitis sinistra. Endometriose.

Hb 74 %, Leuko 5600, BKS 4, T 36,7.

Abrasio: Teils pruemenstruelle Hyperplasie, teils glandulär-cystische Hyperplasie.

Entlassung in subjektiv beschwerdefreiem Zustand.

- 185.) 1938/294 kons. A. K. 36 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Vor 11 Jahren Ausschabung wegen Blutungen. Seit 9 Monaten zunehmende Schmerzen im Unterbauch. Schon einige Zeit ambulant mit Unterwassermassage, Dauerspülung, Globichthol behandelt.

Gyn. Befund: Uterus klein, linke Adnexe o. B. rechte verdickt und schmerzhaft. Endometriose?

Hb 76 %, Leuko 6200, BKS 7, T 36,6.

Therapie: Unterwassermassage, Bäder, Dauerspülung, Fango.

Entlassung in subjektiv gebessertem Zustand.

- 186.) 1938/338 kons. M. W. 37 Jahre. I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. Seit Jahren vor und während des Stuhlganges und während der Regel starke Schmerzen im linken Unterleib.

Gyn. Befund: Retroflexio, fühlbare Verwachsungen an beiden Adnexen. Endometriose.

Hb 82 %, Leuko 6000, BKS 7, T 36,5.

KW-Bestrahlungen.

Gebessert entlassen.

- 187.) 1938/458 kons. R. S. 37 Jahre. II para II gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Während der Regel heftige linksseitige Leibschmerzen.

Gyn. Befund: Uterus gänseeigroß, derb, anteflektiert, beweglich. Fornix narbig, kurz. Linkes Parametrium etwas straff, linke Adnexe o. B. Rechts taubeneigroßer, praller, cystischer Tumor, ziemlich beweglich. Uterus myomatosus, Endometriosis externa.

Hb 78 %, Leuko 5600, BKS 6, T 36,7.

Pat. verläßt die Klinik.

- 188.) 1939/305 op. W. K. 21 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/6 Tage. Vor 2 Monaten Appendektomie. Müdigkeit, Schmerzen im Bereich der Appendixmarbe.
Gyn. Befund: Uterus knapp hühnereigroß, derb, anteflektiert. Tumor, der der linken Adnexe anzugehören scheint. Adnextumor, Endometriose.
Hb 78 %, Leuko 5800, BKS 6, T 37,0.
Beobachtung, evtl. später Probelaaparotomie.
- 189.) 1939/300 priv. G. K. 34 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/2 Tage. Mit 3 Jahren Peritonitis. Auswärts wegen Sterilität Dilatation. Vor 3 Jahren hier Perflatio. Pat. kommt jetzt wegen primärer Sterilität und Frigidität.
Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, Adnexe anscheinend verbacken, Endometriose.
Hb 84 %, Leuko 6200, BKS 7, T 36,8.
Moorbäder, Ichthyol-glycerintampons.
Rat zur Operation. Pat. geht heim.
- 190.) 1940/133 priv. H. K. 44 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 29/7 Tage.
1919 Appendektomie, 1939 Ovariectomie. Seit 6 Monaten krampfartige Schmerzen im linken Unterbauch, besonders während der menses. Schmerzen beim Wasserlassen, Pollakisurie.
Gyn. Befund: Im Douglas breite, druckschmerzhaft Resistent. Uterus anteflektiert. Resistenzen an beiden Adnexen. Kein Tumor tastbar. Endometriose? Pyelographie ergibt starken Verdacht auf Nierentumor.
Hb 73 %, Leuko 6700, BKS 12, T 36,9.
Operation in der Chirurgischen Klinik angeraten.
- 191.) 1941/130 op. G. E. 36 Jahre. I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. 1930 Operation. (Tumor des rechten Ovars?) Seit 5 Wochen sehr heftige Schmerzen im Rücken und im linken Unterleib.
Gyn. Befund: Uterus klein, anteflektiert, derb. Rechte Adnexe frei, li. ein gut gänseeigroßer, cystischer Tumor.
Hb 82 %, Leuko 6400, BKS 3, T 36,5.
Wird als Endometriose aufgefaßt. Mit Rücksicht auf das schon entfernte rechte Ovar Beobachtung und hormonale Behandlung in der Poliklinik.

192.) 1941/125 kons. L. F. 42 Jahre. II para III gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 5 Jahren Krämpfe während der Periode. Zeitweise vor der Periode einige Tage mäßig Blutungen, Ausfluß.

Gyn. Befund: Im Douglas deutlich Höcker, die im hinteren Fornix sich tastbar gegen das Lumen der Scheide vorwölben. Uterus in seiner Beweglichkeit kaum behindert. Endometriose.

Hb 80 %, Leuko 6500, BKS 10, T 36,6.

Ambulant Testovironbehandlung.

193.) 1941/705 kons. M. S. 30 Jahre. 0 para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1929 Unterleibsentzündung, 1930 Ausschabung, später nochmals. 1934 Geschwulstentfernung mit Appendektomie. 1938 Tubare 2 x. Seit 2 Monaten dauernd Ausfluß, mit viel Blut vermischt. Schmerzen beim Coitus.

Gyn. Befund: Uterus normal, Adnexe schmerzhaft. Am linken Muttermundwinkel Ulcus, greift auf Vaginalwand über, zackige Ränder. Endometriose.

Hb 76 %, Leuko 7000, BKS 14, T 36,8.

Excision: Endometriose nicht auffindbar.

Postoperativer Verlauf glatt.

194.) 1942/79 op. 37 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 16 Jahre. Periode unregelmäßig 2 - 4 Wochen/4 Tage. Seit einem Jahr einige Tage vor und während der Periode Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, beweglich, Adnexe frei. Endometriose.

Hb 82 %, Leuko 5700, BKS 6, T 37,0.

Abrasio: Endometrium in Proliferation mit Ödem des Stroma.

Behandlung mit Testoviron.

195.) 1942/93 op. M. W. 46 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. Schon längere Zeit Schmerzen nach der Periode, die seit 6 Monaten stärker sind.

Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, dextrovertiert, gut hühnereigroß, derb, beweglich. Adnexe links frei, rechts verkürzt. Endometriose?

Hb 78 %, Leuko 6300, BKS 9, T 36,5.

Abrasio: Praemenstruelle Drüsen, chronische Endometritis.

Vorerst abwarten, bei erneuten Schmerzen Rö-menolyse.

- 196.) 1942/591 kons. G. E. 35 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Seit 2 Wochen drückende Schmerzen rechts im Unterbauch, besonders beim Stuhlgang und Wasserlassen.
Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, Sonde 7 cm. Rechts ist der Pol eines harten Knotens zu fühlen, der mit dem Rectum nichts zu tun hat. Lig. recto-uterinum verdickt. Recto-cervicale Endometriose.
Hb 81 %, Leuko 7000, BKS 9, T 36,8.
Rectoskopie: Verdrängung des Lumens durch juxtarectalen Tumor. Zur Klärung Verlegung in die Chirurgische Klinik.
- 197.) 1942/625 kons. H. B. 30 Jahre. II para II gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. 1919 Appendektomie. Seit 6 Wochen (post partum) immer Schmerzen im Unterbauch, besonders links.
Gyn. Befund: Im Douglas ein Tumor, sehr druckschmerzhaft. Endometriose?
Hb 78 %, Leuko 6900, BKS 11, T 37,0
Pat. verläßt gegen Revers die Klinik.
- 198.) 1942/505 priv. M. S. 27 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode unregelmäßig 2 - 6 Wochen/4 Tage. Starke Schmerzen im Unterleib, ziehen vom Rücken zur Blase.
Gyn. Befund: Uterus sinistroponiert, rechts und links davon knötchenartige Resistenzen, dadurch Bewegung eingeschränkt. Endometriose?
Hb 75 %, Leuko 5800, BKS 13, T 36,9.
Hydrotherapie, gute Besserung.
- 199.) 1942/443 kons. priv. l. B. 22 Jahre. I para I gravida. Periode unregelmäßig 14 - 27 Tage/6 - 10 Tage. Vor 12 Jahren Appendektomie. Seit einem Jahr häufige, unregelmäßige Blutungen.
Gyn. Befund: Uterus konzentrisch vergrößert, derb, Sonde 9 cm. Adenomyosis uteri.
Hb 78 %, Leuko 6400, BKS 9, T 36,8.
Abrasio: Hochfunktionierendes Endometrium ohne Besonderheiten. Postoperativer Verlauf glatt. Nach einem Jahr Befund unverändert.

- 200.) 1945/127 kons. S. R. 36 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit 6 Wochen Erkältung mit Fieber, seit 4 Wochen Brennen beim Wasserlassen, Schmerzen im rechten Unterleib, Schüttelfrost, Erbrechen.
Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, aufrechtbar. Rechts Ovar beweglich. Im Douglas schmerzhaftes Knoten als Resistenz fühlbar. Endometriose im Douglas?
Hb 76 %, 7200, BKS 13, T 37,7.
Entlassung, später eventuell Hormonbehandlung.
- 201.) 1946/103 op. K. D. 42 Jahre. I para I gravida. Menarche 16 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 5 Tage. 1939 Entfernung eines intraligamentären Myoms. 1940 hier wegen Verwachsungsbeschwerden mit Moorbädern behandelt. Seit 2 Jahren Amenorrhoe. Alle 4 Wochen zur Zeit der früheren Periode unerträgliche Schmerzen und Allgemeinbeschwerden.
Gyn. Befund: Corpus uteri scheint nicht vergrößert, etwas nach links gelegen. Nach rechts hühnereigroßes, subserös entwickelter Knoten. Rechte Adnexe und Parametrien frei.
Hb 85 %, Leuko 6700, BKS 3, T 36,4.
Abrasio: Endometrium mit ruhenden Drüsen, Stückchen eines entzündlich infiltrierten Cervixpolypen.
Bewellungen. Beschwerdefrei entlassen.
- 202.) 1946/256 op. F. W. 38 Jahre. I para I gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/2 Tage. 1929 Kürzung der Mutterbänder, 1945 Curette wegen starker unregelmäßiger Blutungen. Seit 1945 starker Druck im Unterleib.
Gyn. Befund: Uterus anteflektiert, derb, mobil, normal groß. Rechts vermutlich von Tube ausgehend, hühnereigroß, weicher Tumor, ausreichend mobil. Tubenendometriose?
Abwarten, zur Kontrolle bestellt.
- 203.) 1946/249 priv. P. G. 38 Jahre. II para, III gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 - 8 Tage. Sehr starke Blutungen.
Gyn. Befund: Uterus retroflektiert, im Douglas entzündliches Infiltrat, als Endometriose angesprochen.
Hb 76 %, Leuko 5800, BKS 7, T 36,4.
Operation abgelehnt. Ichthyoltampons, KW.
Gebessert entlassen.

- 204.) 1947/759 op. R. H. 40 Jahre. O para O gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. Seit einem Jahr werden die menses unregelmäßig und häufig.
Gyn. Befund: Uterus klein, anteflektiert. Adnexe, Parametrien frei. Geringe Portioerosion. Im Douglas fühlt man deutlich harte Knötchen.
Hb 74 %, Leuko 6100, BKS 5, T 36,6.
Curettage, Probeexcision aus dem Douglas: Schleimhaut in der Sekretionsphase. Endometriose des Lig. sacrouterinum.
Postoperativer Verlauf glatt.
- 205.) 1947/266 priv. M. R. 45 Jahre. O para O gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/8 Tage. 1929 Profixur. Seit 1936 wegen Endometriose in Behandlung. Schmerzen bei der Periode, Zwischenblutung.
Gyn. Befund: Uterus vergrößert, Adnexe, Parametrien frei.
Hb 75 %, Leuko 5900, BKS 7, T 36,4.
Abrasio: Schleimhaut in der Proliferation.
Rö-Dauermenolyse.
- 206.) 1947/535 priv. I. T. 27 Jahre. O para I gravida. Menarche 11 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 - 6 Tage. Seit dem Abort 1945 Schmerzen im Unterleib zur Zeit der Periode.
Gyn. Befund: Hinter dem Uterus kleine, flache Resistenz, höckerig. Entzündliche Reaktion mit wahrscheinlich Endometriosis externa.
Hb 78 %, Leuko 6300, BKS 9, T 36,2.
KW-Behandlung.
Knötchen im Douglas zum größten Teil verschwunden.
- 207.) 1948/402 kons. K.B. 28 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Seit 2 Tagen Schmerzen in der Wurmfortsatzgegend. Vor 4 Wochen Entbindung li. Steißlage.
Gyn. Befund: Uterus vergrößert, weich, anteflektiert, schmerzhaft. Adnexe und Parametrien frei, sanguis ex utero..
Hb 82 %, Leuko 6400, BKS 12, T 36,3.
Abrasio: Endometritis post partum. Adenomyosis uteri interna.

- 208.) 1949/76 kons. A. K. 43 Jahre. O para I gravida. Menarche 12 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage. 1926, 1936, 1948 gynäkologische Operationen. Seit Jahren zunehmende Beschwerden im Unterleib, unabhängig von der Periode. Gelblicher Ausfluß.
Gyn. Befund: Uterus sinistroponiert, vergrößert, Umgebung frei. Endometriosis interna.
Hb 75 %, Leuko 6100, BKS 7, T 36,6.
KW, Fango. Besserung.
- 209.) 1948/309 priv. L. P. 48 Jahre. O para II gravida. Menarche 16 Jahre. Seit Abort 1940 unregelmäßige Periode, 1945 Abrasio. Seit 1947 Druckgefühl im Unterleib.
Gyn. Befund: Endometriosis externa.
Hb 80 %, Leuko 5700, BKS 12, T 36,8.
KW, gebessert entlassen.
- 210.) 1950/87 op. M. W. 45 Jahre. O para O gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/3 Tage. Vor und während der menses Schmerzen im Unterleib, lassen nach der Periode nach.
Gyn. Befund: Im Douglas walnußgroße, höckerige Resistenz, Uterus retrovertiert, beweglich. Rechts neben dem Uterus pflaumengroße, derbe Resistenz. Endometriose.
Hb 84 %, Leuko 6200, BKS 10, T 36,5.
Rö-Dauermenolyse.
- 211.) 1950/191 op. M. M. 29 Jahre. II para II gravida. Menarche 15 Jahre. Periode regelmäßig 28/5 Tage, 1953 Eierstockentzündung. Seit 6 Monaten zur normalen Zeit lange, starke Perioden.
Gyn. Befund: Uterus normal groß, retroflektiert. Im Douglas kirschgroßer Knoten, der mit dem Uterus zusammenhängt. Rechts Parametrium vergrößert, druckempfindlich, höckerig, links narbig, empfindlich.
Hb 82 %, Leuko 6000, BKS 10, T 36,5.
Ambulant Testosteron.
- 212.) 1951/603 op. A. G. 59 Jahre. X para XI gravida. Menarche 15 Jahre. Menopause 55 Jahre. 1947 supravaginale Uterusamputation, jährlich 2 x Rö-Tiefenbestrahlungen auswärts wegen Ca. Seit 8 Monaten rechtes Bein stark angeschwollen, zunehmende Schmerzen.
Hb 76 %, Leuko 5600, BKS 14, T 36,8.

Probeexcision aus dem Granulationsgewebe im Scheidenstumpf:
Endometriose.

Vorerst keine Behandlung.

- 213.) 1951/174 priv. E. S. 32 Jahre. II para II gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit der vorletzten Periode Unwohlsein schmerzhaft, länger dauernd, jetzt seit 18 Tagen Blutung.

Gyn. Befund: Uterus vergrößert, derb, anteflektiert, beweglich. Adnexe frei. Im Douglas strangförmige Resistenz.

Hb 64 %, Leuko 6600, BKS 18, T 36,7.

Intrauterine Exploration: Desquamationsschleimhaut, Adenomyosis uteri interna.

Nach 3 Tagen Entlassung gegen Revers.

- 214.) 1952/45 priv. P. W. 44 Jahre. I para I gravida. Menarche 15 Jahre. Periode 26 - 29/3 Tage. Seit 1 Jahr immer mehr an Heftigkeit zunehmende Schmerzen bei der Regel. Ziehen in der Brust.

Gyn. Befund: Etwas vergrößerter, derber, retroflektierter Uterus, fällt bei Aufrichtungsversuch zurück. Umgebung frei.

Hb 84 %, Leuko 5800, BKS 8, T 37,0.

Intrauterine Exploration: beginnende Sekretionsphase, Adenomyosis interna.

Radiumeinlage.

- 215.) 1952/229 priv. E. M. 39 Jahre. I para I gravida. Menarche 13 Jahre. Periode regelmäßig 28/4 Tage. Seit 9 Monaten Kreuzschmerzen, während der menses Blut im Stuhl.

Rectoskopie: 1 - 2 cm hinter dem Sphinkter an der Vorderwand ca. pfenniggroßer, stark geröteter Bezirk, gegen die Umgebung scharf abgegrenzt, kein Epitheldefekt. Blase und Niere urologisch o. B.

Hb 86 %, Leuko 6400, BKS 9, T 36,4.

Testoviron.

- 216.) 1955/494 op. E. S. 24 Jahre. 0 para 0 gravida. Menarche 14 Jahre. Periode regelmäßig 28/10 Tage. Seit 6 Jahren Menorrhagien und krampfartige Schmerzen im Leib, bei Stuhlentleerung in den Mastdarm lokalisiert.

Gyn. Befund: Erosio. Im hinteren Scheidengewölbe mehrere endometrioidale Herde. Uterus etwas vergrößert, derb, gestreckt. Hinter dem Uterus mehrere kleinknotige Veränderungen.

Hb 72 %, Leuko 5900, BKS 5, T 36,3.

Testoviron.

Wiederaufnahme nach 2 Monaten. Bei der letzten Regel auch Blutabgang beim Stuhl. Befund unverändert. Rectal an entsprechender Stelle infiltrierte und höckerige Darmwand. Vom chirurgischen Consiliarius wird die Operation der Darmendometriose als gefährlich bezeichnet.

Notandron, pro Cyclus 100 mg i. m.

IV. Besprechung

Es wird über 216 Fälle von Endometriose berichtet, die in der Zeit von 1935 bis 1955 an der Universitätsfrauenklinik Würzburg beobachtet wurden. 177 Patientinnen wurden operiert, 24 wurden konservativ behandelt, 15 bekamen keine Behandlung, verließen die Klinik bzw. wurden verlegt.

Von verschiedenen Autoren wird eine Zunahme der Endometriose in den letzten Jahren beschrieben. H o o p e r gibt die Häufigkeit der Endometriose mit 33 % aller operierten Frauen an. G a r d n e r berichtet, daß die Endometriose eine der häufigsten bei Laparotomien festgestellten Erkrankungen ist. In seinem Material fand sie sich bei 30 % der Operationen. In dem Material von H e i d l e r wurde bei 600 Operationspräparaten 154-mal eine Endometriose histologisch festgestellt. Und nach den Angaben von T u r n e r steht die Endometriose in Finnland in der Häufigkeit gynäkologischer Erkrankungen hinter Entzündungen und Myomen an dritter Stelle. F e i z gibt allerdings an, daß unter 1335 Operationen die Endometriose nur einen Anteil von 3,3 % ausmacht.

In Tabelle II wird aus dem hiesigen Material die Zahl der Endometriosefälle zu der Gesamtzahl der großen Operationen in Beziehung gesetzt.

Tabelle II

1935 - 1941	Lap. u. Vag. totale:	1129	Endometriose:	21 = 1,86 %
1942 - 1948	" "	1484	"	57 = 3,84 %
1949 - 1955	" "	1415	"	98 = 6,93 %

Daraus ist ein einwandfreies Ansteigen der Prozentanteile ersichtlich.

In der Anamnese gaben 93 von den insgesamt 216 Frauen Operationen oder Abrasionen an. Insgesamt waren 141 Eingriffe vorausgegangen. Tabelle III gibt eine Übersicht über die Eingriffe, die bei den Patientinnen früher ausgeführt worden waren.

Tabelle III

Curetten:	52	
Laparotomien:	63	
davon:	Supravaginale Amputation:	1
	Ventrofixation:	6
	Appendektomie:	24
	Milzexstirpation:	1
	Sectio:	5
	Entfernung von Ovarien oder Tube:	4
	Myomoperation:	4
	Peritonitisdrainage:	1
	Operation einer Tubargravidität:	2
	Ohne nähere Angaben:	15
Sonstige Eingriffe:	26	
davon:	Prolapsoperation:	6
	Dilatation:	2
	Perflation:	1
	Harnröhrenrißoperation:	2
	Hernienoperation:	1
	Interruptio:	2
	Sterilisation:	2
	Mutterbänderkürzung:	3
	Operation einer Kotfistel:	1
	Operation eines Cervix- portiorisses:	1
	Eingriffe ohne nähere Angaben:	5

In einigen Fällen war der Zusammenhang zwischen einer früher durchgeführten Operation und dem Auftreten der Endometriose eindeutig. Es sind dies die Patientinnen, bei denen sich in der Operationsnarbe später eine Endometriose bildete. I. A. H e p p macht für die Entstehung der Narbenwucherung hauptsächlich eine Drainage sowie die Stichkanäle der resorbierten Catgutfäden verantwortlich. Es ist in der Literatur bekannt, daß häufige Manipulationen das Entstehen einer Endometriose im Sinne einer traumatischen Genese begünstigen können. Bei Perflationen kann leicht Endometrium in die Tuben verschleppt werden und bei intrauterinen Explorationen besteht die Möglichkeit, daß beim Dilatieren mit Hegarstiften beim Einführen jedes Stiftes ein erhöhter Innendruck im Uteruscavum entsteht, der sich in Richtung der Tuben ausgleicht und Endometrium dorthin verschleppt. Aus diesem Grunde wurden von G a u ß die durchbohrten Hegar-Dilatatoren eingeführt und D a n a k e r wendet sich gegen vaginale Untersuchungen während der Periode, Perturbationen und Hysterosalpingographien nach dem Ovulationstermin und das Tragen vaginaler Tampons während der Menstruation, da er annimmt, daß diese Faktoren das Entstehen einer Endometriose begünstigen. P h i l l i p p empfiehlt zur Vorbeugung der Endometriose eine vorsichtige Ausführung gynäkologischer Operationen. T. A. S i n c l a i r nimmt auch einen Zusammenhang zwischen früheren Operationen und dem Entstehen einer Endometriose an. Unter seinen Endometriosepatientinnen hatten 53 % vorher Operationen im Beckenraum durchgemacht. H u r d berichtet, daß die Hälfte der Frauen vorher gynäkologische Operationen überstanden hatten und in dem Material von C o u n s e l l e r waren bei 54,2 % der an Endometriose erkrankten Patientinnen Unterleibsoperationen vorausgegangen. H. O. K l e i n e sieht die Entstehungsursache der Endometrios interna hauptsächlich in "iatrogenen" Schädigungen. Auch bei der Endometrios externa seien in erster Linie artefizielle instrumentelle Implantationen von ursächlicher Bedeutung. H a w k s w o r t h betrachtet Beschränkung der Geburtenzahl und Kontraception als weitere Ursachen der Zunahme der Endometriose. A l m e i d a und S i l b a H o r t e empfehlen zur Vorbeugung der Endometriose darauf zu achten, daß beim Operieren nicht kleine Partikel von Endometrium auf das Peritoneum und in die Bauchhöhle verschleppt werden. E c k e r t schreibt, daß bei Frauen, bei

denen bei einer Laparotomie Endometriose gefunden wurde in einem viel höheren Prozentsatz Antefixationsoperationen vorausgegangen waren als bei Frauen, die wegen anderer Krankheiten operiert wurden. Er fordert deshalb, daß Antefixationsoperationen nur nach den heute geltenden strengen Indikationsstellungen vorgenommen werden.

Von den 216 an Endometriose erkrankten Frauen hatten 149 vorher entbunden. Die Patientinnen, die geboren hatten, hatten ein durchschnittliches Alter von 42,5 Jahren bei der Aufnahme in die Klinik, während diejenigen, die nicht entbunden hatten, im Durchschnitt 37,8 Jahre alt waren. Eine Beziehung zur Fertilität wird von mehreren Autoren angegeben. Nach I. V. M e i g s kommt die Endometriose bei Spätheiraten häufiger vor. Deswegen rät er, wie auch L u k i n s und L u k i n s zur Vorbeugung der Endometriose zur Frühehe und früher Erstgeburt. M e i g s glaubt, daß durch mehrere Graviditäten die Endometriose zumindest hinausgeschoben werden kann bis eine freiere Indikationsstellung möglich ist. Auch P h i l i p p rät zur Heirat in jüngeren Jahren, um eine Sterilität zu vermeiden. In Übereinstimmung mit diesen Autoren zeigen die Fälle der Würzburger Frauenklinik, daß Frauen, die in späteren Jahren an Endometriose erkrankten, Kinder hatten, während die meisten Frauen, die in jüngeren Jahren eine Endometriose bekamen, steril waren. Die älteren Frauen hatten schon Kinder, als sie erkrankten, während bei vielen Frauen, die in jüngeren Jahren eine Endometriose bekamen, dadurch die Fertilität herabgesetzt war. Das Material der hiesigen Klinik kann diese Ansicht stützen, allerdings dürften der Altersunterschied und die Anzahl der Fälle nicht ausreichen, um daraus gültige Schlüsse zu ziehen. Dagegen waren bei unseren Fällen die Beziehungen zwischen Endometriose und Sterilität nicht so eng wie bei K y r i a k i s , der in 70 % der an Endometriose erkrankten Frauen Sterilität fand, zumal in dieser Aufstellung unter die sterilen Patientinnen auch Frauen gerechnet wurden, die nicht verheiratet waren und Frauen, die wohl schwanger geworden waren, die Gravidität aber nicht ausgetragen hatten. Doch können Fehlgeburten nach G r e e l e y möglicherweise auch durch eine Adenomyosis interna hervorgerufen werden. Wenn es aber bei Endometriose zu einer ausgetragenen Gravidität kommt, kann das oft zu einer Besserung der Krankheit führen. So ergab sich in dem Material von G a i n e y ,

K e e l e r und N i k o l a y in 41,2 % eine günstige Beeinflussung der Endometriose durch die Schwangerschaft.

Als wichtigstes klinisches Symptom wird von A l b r e c h t eine verlängerte und verstärkte Regelblutung angegeben, die oft mit Schmerzen einhergeht. Nicht von allen an der Würzburger Frauenklinik wegen Endometriose behandelten Patientinnen wurden diese Symptome in der Anamnese angegeben. Tabelle IV gibt eine Übersicht über die Häufigkeit.

Tabelle IV

Gesamtzahl der Fälle:	216
Dysmenorrhoe:	121
Blutungsstörungen:	75
Dysmenorrhoe mit Blutungsstörungen	30

Von 196 Patientinnen wurde also über Dysmenorrhoe oder Blutungsstörungen geklagt, von 30 dieser 196 Frauen über Dysmenorrhoe und Blutungsstörungen. Diese Häufigkeit der Periodenstörungen stimmt ziemlich mit den Angaben in der neueren Literatur überein. S i n i s a l c o , W i e l und C a n t i c fanden bei über 50 % ihrer Patientinnen stärkere Periodenstörungen und H e i m gibt als wichtige klinische Symptome bei der Endometriose eine zunehmende Dysmenorrhoe und verstärkte Blutungen an. H e n r i k s o n allerdings fand noch nicht bei der Hälfte die allgemein als typisch angegebenen Symptome in der Anamnese verzeichnet. E m g e kommt auf Grund seines Materials zu einer Häufigkeit von Menorrhagien in über 50 % und von Dysmenorrhoeen in 25 %.

Die bei den 216 Patientinnen erhobenen Tastbefunde werden in Tabelle V unterteilt.

Tabelle V

Uterusvergrößerung:	80
Tumor neben dem Uterus:	86
Uterusvergrößerung und Tumor neben dem Uterus	15
Knoten in der Scheide, im Douglas oder an den Bändern	18

Knoten in der Narbe

8

A l b r e c h t schreibt, daß eine Vergrößerung des Uterus ein wichtiger Hinweis für Endometriosis uteri interna sei. Bei den 95 Patientinnen, bei denen der Tastbefund eine Vergrößerung des Uterus ergab, konnte aber nur in 41 Fällen histologisch eine Endometriosis uteri interna gefunden werden. Da in einzelnen Fällen kein pathologischer Tastbefund erhoben wurde und nur auf Grund der Anamnese eine Endometriose angenommen wurde, besteht eine kleine Diskrepanz zwischen der Anzahl der Patientinnen und der Zahl der angeführten Tastbefunde.

Als klinische Nebenefunde werden bei der Endometriose erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Leukocytose, Anämie und subfebrile Temperaturen angegeben. Bei den 216 Frauen konnte 61 mal ein klinischer Nebefund erhoben werden. In 39 Fällen war nur ein Wert verändert, in 22 Fällen zwei oder mehrere. Tabelle VI zeigt Häufigkeit und Verteilung der klinischen Nebenefunde.

Tabelle VI

Anämie	5
Leukocytose	8
Fieber	1
Senkungsbeschleunigung	25
Anämie und Leukocytose	1
Anämie und Senkungsbeschleunigung	7
Anämie, Leukocytose und Senkungsbeschleunigung	2
Anämie, Leukocytose, Senkungsbeschleunigung und Fieber	2
Leukocytose und Fieber	1
Leukocytose und Senkungsbeschleunigung	4
Leukocytose, Senkungsbeschleunigung und Fieber	5

Es ergibt sich, daß eine Anämie in 17, eine Leukocytose in 23, Fieber in 9 und eine Senkungsbeschleunigung in 43 Fällen gefunden wurde. Da bei einem Teil dieser Patientinnen diese Befunde durch eine gleichzeitig bestehende, andere Krankheit hervorgerufen waren, dürfte der diagnostische Wert dieser Befunde bei der Endometriose nur gering sein. F o r m a n kommt an Hand von Literaturangaben und eigenem Material zu dem Ergebnis, daß kein ursäch-

licher Zusammenhang zwischen Endometriose und Fieber besteht.

Bei der Überprüfung unseres Materials ergab sich, daß eine klinische Diagnose nicht immer gestellt werden kann, oft erst bei der Operation oder histologischen Untersuchung. Lediglich bei 17 Patientinnen wurde die Endometriose schon klinisch diagnostiziert, bei 32 Frauen wurde der Verdacht auf Endometriose ausgesprochen. Diese Tatsache in der Diagnosestellung wird auch in der Literatur angegeben. E. O g i e r berichtet über 42 operativ behandelte Fälle von Endometriose. Lediglich bei 10 % der Frauen konnte vor der Operation vermutungsweise die Diagnose gestellt werden, in 90 % war die Endometriose ein Nebebefund. Zum gleichen Resultat kommt auch H e i d l e r . Er berichtet über 154 Fälle der Wiener Klinik "Semmelweis", bei denen histologisch eine Endometriose festgestellt wurde. Davon waren nur wenige vorher klinisch sicher erkannt worden. Das gleiche fand S. P a l m b e r g . N y b e r g , in dessen Material von 399 Endometriosefällen nur 8 mal die Diagnose klinisch gestellt werden konnte. In den übrigen 391 Fällen wurde die Endometriose erst bei der Operation erkannt. So zeigt sich, daß nur in einem kleinen Prozentsatz eine sichere Diagnose allein aus dem klinischen Aspekt gestellt werden kann. Wegen dieser allgemeinen diagnostischen Unsicherheit wird man die vermeintlichen Erfolge einer alleinigen konservativen Behandlung kritisch bewerten müssen, da eine einwandfrei sichere Diagnose nur durch die Möglichkeit der histologischen Untersuchung gewährleistet ist. Deshalb dürften auch manche Fälle fälschlich als Endometriose angesprochen und konservativ behandelt werden, bei denen es sich um eine andere Krankheit handelt.

Gegenüber der früher radikal durchgeführten Operation wird jetzt, soweit es möglich ist, überwiegend konservativ operiert. W i n k e l m a n n konnte dadurch in 10 % seiner Fälle die Fruchtbarkeit erhalten, doch wurde nur in einem Teil die Schwangerschaften ausgetragen. Auch F r e d r i k s o n führte bei 84,2 % seiner Patientinnen mit Endometriosis externa intraperitonealis konservative Operationen durch. Ebenso I. P P r a t t , der glaubt, daß das Ansteigen der Endometriose durch die zunehmend häufige Diagnosestellung bedingt ist. G. E. N o w o o d konnte durch konservativ-chirurgische Behandlung bei 54 verheirateten Frauen mit Kinderwunsch erreichen, daß bei 94,4 % durch den

Eingriff eine Schwangerschaft ermöglicht wurde. In 32 Fällen kam es zu Aborten, in 7 zu vorzeitigen Geburten, 54 Schwangerschaften wurden ausgetragen. H. E. D a i l e y und R a l f S. T a f e l empfehlen zusätzlich zu konservativ-chirurgischen Eingriffen eine Resektion des Plexus hypogastricus superior. Sie konnten dadurch in 80 % Schmerzfreiheit erzielen. G. H a l t e r fordert bei der Operation einer Endometriosis retrozervikalis grundsätzlich eine zusätzliche Nervenresektion. Er fand bei der histologischen Untersuchung des Operationspräparates einer Patientin, bei der wegen Endometriosis retrozervikalis eine abdominale Radikaloperation mit Resektion des N. hypogastricus durchgeführt worden war, in den Randgebieten des Tumors degenerative Veränderungen der Zellen der sympathischen Ganglien und ihrer Fortsätze. Von F r e d r i k - s o n wird diese präsakrale Neurektomie nicht durchgeführt. In dem Material von P a l m b e r g - N a b e r g sind die Ergebnisse nach Radikaloperation und nach Operation mit Zurücklassen eines Ovars ziemlich gleich.

Auch an der Würzburger Frauenklinik bestand das Bestreben, bei jüngeren Frauen möglichst konservativ zu operieren. Bei 51 Patientinnen wurde eine Adnektomie oder Ovariectomie ohne Entfernung des Uterus ausgeführt. Das Durchschnittsalter dieser Patientinnen betrug 36 Jahre. Bei 102 Patientinnen wurde eine supravaginale Uterusamputation mit oder ohne Entfernung der Adnexe durchgeführt. Es waren dies die Fälle, bei denen wegen eines Myoms operiert wurde oder ältere Frauen, die wegen anderer Krankheiten operiert wurden und bei denen zusätzlich der Uterus amputiert wurde. Das mittlere Alter dieser Frauen war 45 Jahre. Bei 24 Patientinnen wurde der Uterus vaginal oder abdominal total exstirpiert. Das durchschnittliche Alter dieser Frauen war 46 Jahre. Es waren dies meist Carcinomträgerinnen, bei denen die Endometriose, überwiegend Adenomyosis uteri interna, nur einen Nebenfund bildete. Es befanden sich darunter alte Frauen mit Corpuscarcinom wie auch Patientinnen zwischen 30 und 40 Jahren, die wegen eines Collumcarcinoms radikal operiert werden mußten.

Tabelle VII

<u>Art der Operation</u>	<u>Anzahl der Pat.</u>	<u>Durchschnittsalter</u>
Adnektomie od. Ovarioektomie	51	36
Supravag. Uterusamputation	102	45
Totalexstirpation	24	46

Eine konservative Behandlung wurde bei 24 Patientinnen durchgeführt. Bei 4 Frauen wurde eine Röntgen- oder Radiumdaueramenolyse gegeben. Die Patientinnen waren bereits im Klimakterium und da die Endometriose von der Funktion der Ovarien abhängig ist, bedeutet die Daueramenolyse eine kausale Therapie. B r o s s e t empfiehlt die Strahlentherapie in allen Fällen, in denen eine Operation Schwierigkeiten bereitet. Auch oestrogene und androgene Substanzen werden zur konservativen Behandlung der Endometriose empfohlen. Doch ist nach L. W. H u x t h a l und A. T. S m i t h bei der Gabe hoher Oestrogendosen mit ziemlichen Nebenerscheinungen zu rechnen. A. L. H a s h i n s und R. B. W o l f konnten von 15 Patientinnen 11 durch die Hormonbehandlung dauernd beschwerdefrei erhalten und vergleichen die Stilboestholtherapie mit der Wirkung einer Gravidität. S. K o l o n j a hält die Gabe hoher Androgendosen für zweifelhaft. I. W. K e l s o berichtet, daß die in die Gabe hoher Oestrogen- und Androgendosen gesetzten Erwartungen enttäuscht wurden. S. N. P r e s t o n und H. B. C a m p b e l dagegen, die 187 Patientinnen ausschließlich mit androgenem Hormon behandelt haben, berichten über gute Erfolge, machen jedoch auf die sehr schwierige Diagnosestellung der Endometriose aufmerksam. Dadurch erfahren die guten Ergebnisse dieser Autoren mit der Hormontherapie wieder eine gewisse Einschränkung. An der hiesigen Klinik wurden von den 216 Endometriosepatientinnen 6 mit androgenem Hormon behandelt. Diese Therapie wurde bei jungen Frauen angewendet, die man nicht operieren wollte und bei bis zum Rectum reichender retrozervikaler Endometriose, wo versucht wurde, die schwierige Operation zu umgehen. Bei 10 Patientinnen wurden mit einer Resorptivbehandlung gute Erfolge erzielt. Doch ist hier Kritik geboten, denn die Endometriose war in diesen Fällen nicht eindeutig erwiesen und so kann es sich bei einem Teil dieser Frauen

auch um andere Krankheiten gehandelt haben, die auf diese Behandlung gut ansprachen. Bei 4 Patientinnen wurde lediglich durch Ausschälen der endometrioiden Herde Symptombfreiheit erzielt. Tabelle VIII gibt eine Übersicht über die konservativen Therapiearten.

Tabelle VIII

<u>Art der Behandlung</u>	<u>Anzahl der Patientinnen</u>	<u>Durchschnittsalter</u>
Rö- oder Radium-dauermenolyse	4	43,5
Androgene Hormone	6	34,5
Resorptivbehandlung	10	38
Ausschälen der Herde	4	41,5

Wenn auch die Endometriumheterotopien einen primär gutartigen Vorgang darstellen, so muß es doch als erwiesen betrachtet werden, daß sich endometrioide Wucherungen in ein Karzinom oder Sarkom umwandeln können. Von namhaften Forschern wird allerdings betont, daß einwandfreie Fälle von maligne umgewandelten Schleimhautheterotopien viel seltener vorkommen, als im einschlägigen Schrifttum angegeben wurde und hierher eingegliederte Beobachtungen oft einer scharfen Kritik nicht standhalten können. Angeregt durch 2 eigene Beobachtungen haben sich D u b r a u s z k y und N i e n d o r f mit diesem Problem beschäftigt. Sie konnten unter den 54 Einzelbeobachtungen der deutschsprachigen Literatur, die als maligne entartete Endometriosen aufgefaßt wurden, nur 8 sichere und 10 wahrscheinliche Fälle finden. Doch glauben sie annehmen zu dürfen, daß maligne entartete Endometriumheterotopien viel häufiger vorkommen, als bisher im Schrifttum niedergelegt wurde. In den Fällen der Würzburger Klinik fand sich dreimal die Entwicklung eines Malignoms aus einer Endometriose. Es handelte sich einmal (Nr. 114) um eine Endometriosis ovarii beiderseits mit maligner Entartung in Form eines Adenocarcinoms auf der einen Seite. Im zweiten Fall (Nr. 147) fand sich eine carcinomatöse Entartung eines endometrioiden Polsters im interstitiellen Tubenteil mit Metastasen im Ovar infolge retrograder canaliculärer Verschleppung. Im dritten Fall (Nr. 124) ergab die histologische Untersuchung eine Adenomyosis interna mit beginnender sarkomatöser Entartung

des Stromas. Eine der Patientinnen war wegen Blutungen auswärts curettiert worden, es hatte sich ein Adeno-Ca ergeben und deswegen kam die Patientin zur Operation. Die Endometriose als Ursprung des Carcinoms konnte allerdings erst postoperativ diagnostiziert werden. Bei den zwei anderen Patientinnen wurde erst bei der histologischen Untersuchung des Operationsmaterials eine Malignität erkannt. In Beziehung zur Gesamtzahl der Fälle gesetzt, ergibt sich, daß in 1,4 %, bei Abrechnung der Verdachtsfälle sogar in 1,7 % die Endometriose maligne entartet ist. Doch wird dieses Resultat auf die Radikalität der Therapie wenig Einfluß haben, da die Endometriose ja meist erst während der Operation erkannt wird und so vorher die Entscheidung zwischen konservativer und operativer Behandlung der Endometriose nicht gefällt werden muß. Allerdings erlauben diese Fälle den Schluß, daß die maligne Entartung endometrioider Heterotopien öfter vorkommt, als in der Literatur gemeinhin angenommen wird. Green e und Ent e r l i n e berichten, daß bis jetzt insgesamt 24 Fälle bekannt sind, bei denen auf dem Boden einer Endometriose ein Carcinom entstand.

V. Zusammenfassung

Es wird über 216 in den Jahren 1935 - 1955 an der Würzburger Universitätsfrauenklinik beobachtete Endometriosefälle berichtet. Davon wurden 177 operiert, 24 konservativ behandelt und 15 bekamen keine Behandlung. Nach Anführen der Kasuistik wird das Material bezüglich der in der Literatur neuerdings angegebenen zunehmenden Häufigkeit, bezüglich anamnestischer Angaben, klinischem Befund, Art der Behandlung, Frage der Fertilität und der malignen Entartung mit der vorhandenen Literatur über Endometriose verglichen. Das Material der Würzburger Frauenklinik zeigt in Bezug auf Häufigkeitszunahme, anamnestische Angaben, Möglichkeit der Diagnose und Therapie sowie Fertilität weitgehende Übereinstimmung mit den Angaben der Literatur.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. K. Burger für die freundliche Überlassung des Themas danken.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. V. Dubrausky für seine freundliche Unterstützung.

Literaturverzeichnis

1. Albrecht
Endometriose.
Seitz-Amreich, Biologie und Pathologie des Weibes. Band 4. Verlag Urban u. Schwarzenberg (1955)
2. Almeida, Fernando de, und Silba Horte
Endometriose.
Lisb. méd. 16, 279 - 299 (1939)
3. Brosset Alexis
Der Wert der Strahlentherapie bei der Behandlung der Endometriose.
Acta obstetr. scand. 36, 209 - 255 (1951)
4. Counseller, Virgil S.
Das Krankheitsbild der Endometriose.
Amer. J. obstetr. 37, 788-797 (1939)
5. Dailey H. E. und Ralf E. Tafel
Resektion des Plexus hypogastricus zur Behebung von Schmerzen in Fällen von Endometriose.
Amer. J. obstetr. 64, 650 (1952)
6. Danaker H. H.
Die Endometriose, ein Problem von zunehmender sozialer und chirurgischer Bedeutung.
Amer. J. Surg. 86 (1953)
7. Dubrauszký V. und F. Niendorf
Über die maligne Entartung heterotoper Korpusschleimhautwucherungen.
Zschrft. Gebh. u. Gynäkologie 2, 213 (1951)
8. Eckert J.
Zur Klinik der Endometriose. Begünstigen antefixierende Operationsmethoden das Zustandekommen einer Endometriose?
Zbl. Gynäk. 79, 468 - 470 (1957)
9. Emge Ludwig
Schwierigkeiten bei der Diagnostik der Adenomyosis unter besonderer Berücksichtigung der Blutungsanamnese.
West. J. surg. etc. 64, 291 - 305 (1951)

10. Feiz, M. Zur Frage der Endometriose.
Zbl. Gynäkologie 79, 826-832
(1951)
11. Fischer, S. Seltene Lokalisation einer
Endometriosis externa extra-
peritonealis.
Gebh. u. Frauenheilk. 13 (1953)
12. Forman, J. Fieber in Fällen von Endometri-
ose.
Amer. J. obstetr. gyn. 43,
255 (1942)
13. Fredrikson, H. Konservative Operation bei
ovarieller Endometriose.
Acta obstetr. scand. 32 (1953)
14. Gainey H. L., J. E. Keeler,
K. S. Nikolay Endometriose und Schwanger-
schaft, klinische Beobachtungen.
Amer. J. obstetr. 63, 511
(1952)
15. Gardner, G. H. Bemerkungen zur Pathologie der
Endometriose.
Amer. J. obstetr. 64 A (1953)
16. Greeley, A. V. Schwangerschaft bei Adenomyo-
sis uteri.
Congr. intern. d. Gynécol et
d'Obstetr. Genf (1954)
17. Greene, J. W. jr. and
Horatio T. Enterline Entstehung eines Carcinoms
auf dem Boden einer Endometri-
ose.
Obstetr. a. Gynécol. 2,
417 - 421 (1957)
18. Gricomoff, Georges Sur la pathogénie de l'endo-
metriose.
Ann. d'Anat. path. 16, 751-760
(1939)
19. Halter, G. Histologische Veränderungen
des autonomen Nervensystems
bei der Endometriosis
retrocervikalis.
Wien. med. Wschrft. 520 (1954)
20. Hashins, A. L. und
R. B. Woolf Stilboestrolbedingte hyper-
hormonale Amenorrhoe als Be-
handlung der Beckenendometriose.
Obstetr. u. Gynécol. 5 (1955)
21. Hawksworth, W. Endometriose.
New Zealand med. J. 54,
334 - 345 (1955)

22. Heidler Ist die Endometriose eine seltene gynäkologische Erkrankung?
Wien. med. Wschrft. 48 (1952)
23. Heim, K. Bedeutung und Therapie der Endometriose.
Therapiewoche 6, 145 - 149 (1955)
24. Henrikson, Erle Endometriose.
Amer. J. surg. 90, 331 - 337 (1955)
25. Hepp, I. A. Endometriose.
J. internat. Coll. Surg. 18 (1952)
26. Hobbs, John E. and A. R. Bortnick Endometriose der Lungen, ein experimentelles Produkt in der Rattenlunge.
Surg. etc. 69, 577 - 583 (1939)
- Dieselben Endometriose der Lunge. Eine experimentelle und klinische Untersuchung.
Amer. J. obstetr. 40, 833-843 (1942)
27. Hooper, George Die Diagnose und Behandlung der Endometriose.
Canad. med. Assoc. J. 42, 243 - 246 (1940)
28. Hurd, Ralph A. Einige Beobachtungen über Endometriose.
Amer. J. Surg. 53, 61 - 70 (1941)
29. Huxthal, L. W. und A. T. Smith Die Behandlung der Endometriose und anderer gynäkologischer Erkrankungen mit hohen Dosen oestrogener Substanzen.
New England J. Med. 247 (1952)
30. Iwanoff Drüsiges, cystenhaltiges Uterusfibrom, kompliziert durch Sarkom und Carcinom.
Mon. f. Geb. u. Gyn. VII, 295 (1898)
31. Kelso, I. W. Endometriose.
Amer. J. Obstetr. 64 A (1953)
32. Kleine, H. O. Die Endometriose als Zivilisationskrankheit.
Münch. med. Wschr. 1246-1247 (1955)

33. Kolonja, S. Zur Ätiologie der Endometriose.
Klin. Wschr. 7 (1952)
34. Kyriakis Betrachtungen über Endometriose.
Gynec. prac. 4 (1953)
35. Lewin, E. Über künstliche Scheidenendo-
metriose.
Gebh. u. Frauenheilk. 14 (1954)
- Derselbe Über künstliche Scheidenendo-
metriose.
Gebh. u. Frauenheilk. 15,
1112 - 1122 (1955)
36. Löhlein Eine adenomatöse Erkrankung
des Corpus uteri mit multipler
Cystenbildung in der Corpus-
wand.
Zt. f. Gebh. u. Gyn. XVII
(1889)
37. Lukins und Lukins Endometriose.
Amer. Surgeon 19 (1953)
38. Meigs, I. V. Ursächliche Bedeutung des
Heiratsalters und der Geburten-
zahl.
Obstet. a. Gynecol. 2 (1953)
39. Meyer, R. Über die Genese der Cystadeno-
me und Adenomyome.
Zt. f. Geb. u. Gyn. XXXVII
- Derselbe Über Drüsen, Cysten, Adenome
im Myometrium bei Erwachsenen.
Zt. f. Geb. u. Gyn. XLII (1900)
u. XLIV (1901)
- Derselbe Über adenomatöse Schleimhaut-
wucherungen in der Uterus- und
Tubenwand usw.
Virchow's A. CLXXII, 394 -
- Derselbe Adenomyome des Uterus.
Handb. d. Gyn. von Veit I.
2. Aufl. (1907)
- Derselbe Zur Frage der Urnierengenese
von Adenomyomen.
Zbl. f. Gyn. Nr. 15 (1923)
- Derselbe und Kitai Bemerkungen über endometrane
Adenomyosis uteri in anatomi-
scher Beziehung und insbeson-
dere über die histolytische
Wirkung der heterotopen Zell-
wucherung mit kurzer Bemerkung

- zur Theorie von Sampson.
Zbl. f. Gyn. Nr. 45 (1924)
40. Navratil, E.
Beitrag zur Frage der Extremitätenendometriose.
Klin. Wschr. I, 905 - 908 (1939)
41. Nowood, G. E.
Schwangerschaft und konservativ-chirurgische Behandlung der Endometriosen.
Fertility a Sterility 6 (1955)
42. Ogier, E.
Beitrag zur Pathologie und Klinik der weiblichen Beckenendometriose.
Riv. Ostetr. 9 (1954)
43. Palmberg-Nyberg S.
Endometriosis externa intraperitonealis, Klinik und Behandlung.
Nord. Med. 47, 586 (1952)
44. Pfannenstiel
Über die Adenomyome des Genitalstranges.
Verh. d. D. Ges. f. Gyn. VII, 195 (1897)
45. Philipp, E.
Die Bedeutung und Prophylaxe der Tubenendometriose.
Congr. intern. d. Gynecol et d'Obstetr., Genf (1954)
- Derselbe und H. Huber
Neue Erkenntnisse zur Entstehung der Endometriose.
Dtsch. med. Wschrft. 2, 1242 (1940)
46. Pick
Die Adenomyome der Leisten-
gegend und des hinteren
Scheidengewölbes.
A. f. Gyn. LVII, 461 (1889)
- Derselbe
Über besondere Formen des
Adenoma ovarii, Adenoma
testiculare und Adenoma endometrioides ovarii.
A. F. Gyn. LXXVI (1905)
47. Pratt, I. P.
Diagnose und Behandlung der
Endometriose.
West. J. Surg. etc. 63 (1955)
48. Preston, S. N. und
H. B. Campbell
Behandlung der Beckenendometriose mit Methyltestosteron.
Obstetr. a Gynec. 2, 152 (1953)

49. v. Recklinghausen
Die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwandung. Berlin 1896
Derselbe
Adenomyom des Lig. rotundum. Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat. 862 (1896)
50. Russel, W.
Aberrant portions of Muellerian duct in the ovary. Bull. of the John Hopkins Hosp. X (1899)
51. Sampson, J. A.
Perforating hemorrhagic (chocolate) cysts of the ovary, their Importance and especially their relation to pelvic adenomas of endometrial typ of the uterus, rectovaginal septum, sigmoid etc. A of surg. III 245 - 323 (1921)
Derselbe
Ovarian hematomas of endometrial typ etc. Boston med. and surg. journ. CLXXXVI, 445 - 456 (1922)
Derselbe
Intestinal adenomas of endometrial typ etc. A of surg. 217 - 280 (1922)
Derselbe
The life history of ovarian hematomas (hemorrhagic cysts) of endometrioal (Muellerian) type. Amer. journ. of obst. and gyn. IV (1922)
Derselbe
Entwicklung der Implantationstheorie über die Entstehung der peritonealen Endometriose. Amer. J. obstetr. 40, 549-557 (1940)
52. Scott, R. B.
Experimentelle Endometriose. Amer. J. obstetr. 64 (1953)
Derselbe und Te Linde
Klinische externe Endometriose. Wahrscheinliche Lebensfähigkeit von menstruell verbreiteten Endometriumteilen. Obstetr. a Gynec. 4 (1954)
Derselbe, Te Linde und Wharton jr.
Weitere Untersuchungen bei experimenteller Endometriose. Amer. J. Obstetr. 66 (1953)

53. Sinclair, T. A. Über die Richtigkeit der Diagnose Endometriose. Amer. J. Obstetr. 63, 334 (1952)
54. Sinisalco, O. F., R. Wiel und D. Cantie Endometriose. Semana méd. Nr. 3215, 422-443 (1955)
55. Schmid, H. H. Natürliche und künstliche Verlagerung der Gebärmutter-schleimhaut (Endometriose) Med. Klinik 2, 1455 - 1458 (1932)
- Derselbe Künstliche Endometriose. Arch. Gynäk. 155, 217 - 233 (1933)
56. Turnen, A. Über die Prophylaxe der Endometriose mit besonderer Berücksichtigung ihrer konservativen Behandlung. Congr. intern. d Gynécologie et d'Obstetr. Genf (1954)
57. Voss, G. Endometriose in der Regio scapularis dextra. Gebh. u. Frauenheilk. 15 (1955)
58. Winkelmann, P. Postoperative Dauerergebnisse bei der Endometriosis externa. Zbl. Gynäk. 74, 81 (1952)

Lebenslauf

Am 23. Oktober 1929 wurde ich als Sohn des prakt. Arztes Dr. Hans Nüßlein und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Schlegel in Bärnau/Opf. geboren. Von 1936 - 1939 besuchte ich die Volksschule in Sommerach/Main. Von 1939 - 1947 studierte ich am Humanistischen Gymnasium Würzburg, wo ich 1947 das Abitur bestand. Nach 6 Monaten Arbeitseinsatz immatrikulierte ich mich im Sommersemester 1948 an der Universität Würzburg für das Studienfach Medizin. Im April 1950 legte ich das Physikum ab und nach einer durch Krankheit bedingten Unterbrechung am 31. Juli 1954 das Staatsexamen. Vom 1. August bis 1. Oktober 1954 vertrat ich meinen erkrankten Vater in seiner Praxis. Vom 1. Oktober 1954 bis 15. Mai 1955 war ich als Pflichtassistent an der Universitätskinderklinik Würzburg tätig und vom 16. Mai 1955 bis 1. April 1956 als Pflichtassistent und dann als Volontärassistent mit Unterhaltsbeihilfe an der Universitätsfrauenklinik Würzburg. Vom 1. April 1955 bis zum 1. Juli 1957 war ich Volontärassistent an der Inneren und dann an der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Volkach. Ab 1. Juli 1957 führte ich vertretungsweise die Praxis meines verstorbenen Vaters in Sommerach. Am 15. Oktober übernahm ich die Praxis und ließ mich als prakt. Arzt in Sommerach nieder. Am 6. November 1957 erhielt ich die Zulassung zu den Krankenkassen.

Hiermit erkläre ich an Eidesstatt, daß ich von keiner anderen Seite ein Thema zur Bearbeitung für eine Dissertation erhalten habe.

Hiermit erkläre ich an Eidesstatt, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der angeführten Literatur angefertigt habe.

Hans Nüßlein

